

PRISCILA NOVAES

**Avaliação de Qualidade do Serviço de Catarata do Hospital das
Clínicas - Unicamp: percepções de pacientes operados**

CAMPINAS

2004

PRISCILA NOVAES

**Avaliação de Qualidade do Serviço de Catarata do Hospital das
Clínicas - Unicamp: percepções de pacientes operados**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de concentração em,
Oftalmologia.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Newton Kara-José

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	Nº 856a
V	EX
TOMBO BC/	65652
PROC.	16-86-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	4-9-05
Nº CPD	

Bib. d 364392

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

N856a Novaes, Priscila
 Avaliação de qualidade do serviço de catarata do Hospital das Clínicas – Unicamp: percepções de pacientes operados / Priscila Novaes. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores : Newton Kara-José, Carlos Eduardo Leite Arieta
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Catarata - cirurgia. 2. Satisfação. 3. Qualidade de vida. 4. Qualidade dos cuidados da saúde. 5. Avaliação - instrumentos. I. Newton Kara-José. II. Carlos Eduardo Leite Arieta. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

SLP

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Newton Kara José

Membros:

1. Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio

2. Profa. Dra. Rosane Silvestre de Castro

3. Prof. Dr. Newton Kara José

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2005

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Régis, por sua dedicação e carinho.

Aos meus pais, Marly e Gastão, por tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Newton Kara-José, pela orientação, pela análise crítica e pela disposição em trilhar novos caminhos.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta, pelas idéias e pela orientação.

A Profa. Dra. Edméa Rita Temporini-Nastari pela sua colaboração inestimável, em todas as fases deste processo.

A Profa. Dra. Rachel Meneguello, do Centro de Estudos de Opinião Pública –CESOP- UNICAMP, pelo auxílio e orientação, e por compartilhar o seu conhecimento e sua experiência.

Aos estatísticos Clécio da Silva Ferreira e Vitor Cooke, CESOP- UNICAMP, pela elaboração do banco de dados e análise estatística do trabalho.

Às acadêmicas Tamara Strauss e Livia de Oliveira, graduandas em Medicina FCM-UNICAMP, pela sua participação na coleta dos dados.

À todos os funcionários do Ambulatório de Oftalmologia, pela compreensão e auxílio.

À amiga e colega pós-graduanda Sônia Maria Chadi de Paula Arruda, pelo apoio incondicional.

À Dra. Denise Fornazari de Oliveira, pela sua colaboração.

À minha família e aos meus amigos, pelo carinho e pelo incentivo.

À todos os que, direta ou indiretamente, colaboraram para que esse estudo fosse possível, minha gratidão.

	<i>Pág</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
INTRODUÇÃO	33
Catarata.....	35
Catarata no Brasil.....	36
Qualidade em serviços de Saúde.....	37
Estudos referentes à satisfação do usuário de serviços de saúde.....	39
Desenvolvimento do Instrumento.....	41
Avaliação de Qualidade de serviços de Catarata.....	42
Qualidade de Vida e Catarata.....	44
OBJETIVOS	47
MATERIAL E MÉTODOS	51
Tipo de estudo.....	53
População.....	53
Instrumentos.....	54
Procedimentos.....	58
Análise dos Resultados.....	60

RESULTADOS.....	61
Características da amostra estudada.....	63
Características sócio-demográficas.....	64
Percepções dos pacientes operados.....	66
Acuidade Visual.....	80
VFQ 25.....	81
DISCUSSÃO.....	83
CONCLUSÕES.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	111
Anexo 1.....	113
Anexo 2.....	115
Anexo 3.....	127
Anexo 4.....	131
Anexo 5.....	143

LISTA DE ABREVIATURAS

AO	Ambos os Olhos
AV	Acuidade Visual
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
DV	Deficiência Visual
ETDRS	Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study
FACO	Facoemulsificação
HC-UNICAMP	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
LIO	Lente Intra-Ocular
LogMAR	Logaritmo do Mínimo Ângulo de Resolução
OD	Olho Direito
OE	Olho Esquerdo
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VFQ –25	Visual Functioning Questionnaire 25
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág</i>
TABELA 1-	Amostra estudada.....
TABELA 2-	Razões pelas quais segunda avaliação não foi realizada.....
TABELA 3-	Distribuição dos indivíduos por sexo e idade.....
TABELA 4-	situação laboral e profissão.....
TABELA 5-	tempo de espera declarado pelos paciente da primeira consulta no HC-Unicamp até a cirurgia.....
TABELA 6-	Expectativa em relação ao tempo de espera até a cirurgia.....
TABELA 7-	Percepção de descontentamento pelo tempo que esperou até a cirurgia.....
TABELA 8-	Qualidade do atendimento no balcão de recepção do ambulatório de Oftalmologia.....
TABELA 9-	Percepção da qualidade local de espera para a consulta.....
TABELA 10-	Tempo de espera para a consulta.....
TABELA 11-	Compreensão das explicações sobre o que é a catarata e como é a cirurgia.....
TABELA 12-	Conhecimento sobre o que é a catarata.....
TABELA 13-	Conhecimento sobre possibilidade de complicação durante e após a cirurgia.....
TABELA 14-	Cuidados pós-operatórios.....
TABELA 15-	informações fornecidas no momento da cirurgia.....

TABELA 16-	Percepções de dor, desconforto e medo durante a cirurgia de catarata.....
TABELA 17-	Visão de luzes durante a cirurgia.....
TABELA 18-	Grau de confiança depositada no cirurgião durante a cirurgia....
TABELA 19-	Percepção de ocorrências inesperadas no momento da cirurgia.
TABELA 20-	Informações recebidas sobre seguimento pós-operatório.....
TABELA 21-	Informações fornecidas sobre necessidade do uso de óculos.....
TABELA 22-	Informações fornecidas sobre possibilidade da compra de óculos.....
TABELA 23-	Prescrição de óculos no pós-operatório.....
TABELA 24-	Uso de óculos no pós-operatório.....
TABELA 25-	Percepção de respeito e atenção por parte do médico.....
TABELA 26-	Atendimento da expectativa em relação ao resultado do tratamento.....
TABELA 27-	Nota atribuída ao resultado visual depois da cirurgia.....
TABELA 28-	Percepção sobre o atendimento recebido no hospital.....
TABELA 29-	Necessidade de melhora no atendimento do serviço de catarata
TABELA 30-	AV média, em LogMAR, em olhos operados (OD/OE) e em ambos os olhos (AO), antes (pré) e após (pós) cirurgia de catarata.....
TABELA 31-	Diferença de AV média antes e após cirurgia para OD, OE e AO.....
TABELA 32-	Índice VFQ-25 pré e pós-operatório.....
TABELA 33-	teste t para comparação de médias VFQ-25 pós e pré-operatório.....

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág</i>
QUADRO 1- Sub-domínios do VFQ-25.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág</i>
GRÁFICO 1- VFQ-25 Pré.....	82
GRÁFICO 2- VFQ-25 Pós.....	82

RESUMO

Realizou-se um “survey” descritivo, do tipo transversal, sobre percepções de pacientes operados de catarata no serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Unicamp (HC-UNICAMP), referentes ao atendimento e à cirurgia de catarata. Avaliou-se também a qualidade de vida (QV) e acuidade visual (AV), antes e após a cirurgia. A amostra foi composta por 105 indivíduos com indicação de cirurgia de catarata. Foram excluídos os que tinham história de cirurgia ocular prévia ou outras doenças oculares. Realizou-se o desenvolvimento e validação de um questionário para avaliação das percepções dos pacientes operados. O estudo foi feito em 2 etapas: antes da cirurgia — seleção de sujeitos, medida AV, medida QV (questionário VFQ-25); 3 a 6 meses após a cirurgia — medida AV, medida QV, aplicação de questionário para avaliação de percepções. Declararam esperar até 3 meses para a cirurgia 50,9% dos sujeitos, a maioria considerou que este tempo foi menor ou igual às suas expectativas, e não atrapalhou suas vidas (87,6%). A qualidade do atendimento na recepção foi considerada boa por 82,4%, o local de espera foi considerado bom por 81% e o tempo de espera até a consulta foi avaliado como bom por 15,2%. Referiram dor e desconforto durante a cirurgia 15,2%, e medo 37,1% dos indivíduos. A maior parte dos respondentes relatou que o resultado do tratamento atendeu às suas expectativas (81,9%). Todos os sujeitos (100%) declararam ter percebido atenção e respeito por parte do médico. Dos entrevistados, 100% recomendariam o serviço a parentes e amigos. Houve melhora significativa da AV e da QV (índices do VFQ- 25) no pós-operatório. Os elementos avaliados sugerem boa qualidade percebida do serviço pelos sujeitos, e indicam um impacto positivo do tratamento efetuado (cirurgia de catarata) na vida dos pacientes.

ABSTRACT

A cross-sectional survey was carried out to assess perceptions related to medical care and cataract surgery, of patients submitted to cataract surgery in the Cataract Service of the Department of Ophthalmology, General Hospital of the State University of Campinas (HC-UNICAMP). Quality of life (QOL) and visual acuity (VA) were also assessed. The selected sample included 105 subjects which had indication for cataract surgery in the first eye, no ocular co-morbidity or previous surgery. A questionnaire was developed and validated, by means of exploratory study and pre-testing, for the assessment of patients' perceptions. The assessment was done in 2 stages: pre-operative –selection of subjects, assessment of VA and QOL (VFQ-25 questionnaire); and post-operative (3 to 6 months) – assessment of VA, QOL and perceptions related to medical care and cataract surgery. Of the respondents, 50.9% declared waiting up to 3 months for surgery, considering that most subjects (87.6%) considered that this time was shorter or within their expectations, and didn't cause disturbances in their lives (84.6%). Regarding quality of service at the reception, 82.4% considered it was good; quality of the facilities (waiting room) was considered good by 81.0% of respondents; and 15,2% perceived as good the waiting time for the doctor's appointment. Perceptions of pain and discomfort during cataract surgery were related by 15.2%, and fear during surgery was declared by 37.1% of patients. Most of the patients declared that the outcome of treatment fulfilled their expectations (81.9%). All the respondents (100%) declared they perceived attention and respect on the part of attending doctors. All the subjects answered that they would recommend the service to relatives and friends. There was a statistically significant improvement in medium VA and medium QOL (VFQ-25) scores. The assessed elements suggest that the perceived quality of the service by the subjects is good, and indicate a positive impact of cataract surgery in the patients' lives.

INTRODUÇÃO

Catarata

A catarata é definida como qualquer opacificação do cristalino que cause diminuição de transparência ou dispersão de luz (CHITKARA, 1999), pode reduzir gradualmente a visão e até causar cegueira. A catarata pode ocorrer em qualquer idade, relacionada ao envelhecimento, infecções oculares, uso de medicamentos, exposição a radiações, traumas e alterações metabólicas. Também, são fatores predisponentes causas genéticas associadas a síndromes, distrofias, dermatite atópica e doenças sistêmicas, como o diabetes (ELLWEIN e KUPFER, 1995).

Aproximadamente 85% das cataratas são classificadas como senis (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA LA SALUD – OMS, 1997), com maior incidência na população acima de 50 anos. Nas últimas décadas a prevalência de catarata aumentou em proporção com o aumento da população mundial, e como vem sendo observado um aumento mais acentuado nas faixas etárias mais avançadas, espera-se um aumento da prevalência de cegueira pela catarata e outras causas (JOHNSON e FOSTER, 1998; BRIAN e TAYLOR, 2001), principalmente nas regiões mais pobres do mundo. Os principais fatores que contribuem para isso são o aumento da população, o aumento da expectativa de vida e serviços oftalmológicos insuficientes e/ou inadequados (APPLE et al., 2000).

O número de pessoas com deficiência visual foi estimado em mais de 161 milhões no ano de 2002, dos quais 37 milhões de pessoas eram cegas e 124 milhões possuíam baixa visão (RESNIKOFF et al., 2004). A catarata é considerada a maior causa de deficiência visual e cegueira curável no mundo, sendo responsável por aproximadamente 50% dos casos de cegueira (THYLEFORS et al., 1995; JOHNSON e FOSTER, 1998). A perda da visão causa prejuízos que afetam o próprio indivíduo e sua família. Representa problemas de saúde pública, com ônus nos aspectos social e econômico, principalmente para os países em desenvolvimento, onde residem 9 entre 10 pessoas da população mundial de pessoas com cegueira (WHO – World Health Organization, 2000). A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência, reduz sua condição social, a autoridade dentro da família e da comunidade e o aposenta precocemente da vida (ALVES e KARA-JOSÉ, 1996).

Na América Latina a principal causa de cegueira é a catarata, responsável por pelo menos 50% de todos os casos (APPLE et al., 2000). O tratamento mais eficaz para a catarata é remoção cirúrgica do cristalino opacificado e sua substituição por uma lente intra-ocular. O controle da deficiência visual e da cegueira por catarata permanecerá cirúrgico até que se conheçam maneiras de retardar o processo de opacificação do cristalino (FOSTER e JOHNSON, 1993).

Segundo PARARAJASEGARAM (1999) o tratamento da catarata deve ser disponível, acessível e economicamente viável à população. Deve ter níveis aceitáveis de qualidade e seus resultados devem estimular a futura utilização dos serviços disponíveis.

FOSTER e JOHNSON (1993) afirmam que para um serviço ser adequado os pacientes devem vivenciar os benefícios do tratamento oferecido. Para se considerar um serviço médico apropriado este deve usar os recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) de tal forma que as necessidades da comunidade sejam contempladas.

Catarata no Brasil

Segundo dados publicados no ano 2000, a catarata foi considerada causa de 40 a 50% dos casos de cegueira no Brasil, e o número estimado de cirurgias necessárias por ano é 500.000. Apesar de existir um número aparentemente adequado de oftalmologistas, cerca de 8000 para uma população de 160 milhões, é necessária a otimização dos programas para que o número de cirurgias aumente. Para que isto aconteça é importante a implementação eficiente dos equipamentos e dos recursos humanos existentes para a realização de cirurgias de catarata. Uma aplicação racional e mais efetiva dos recursos disponíveis é necessária, além de estímulo para que médicos e administradores melhorem seu desempenho (KARA JOSÉ e ARIETA, 2000).

Em 1986, dois estudos pilotos foram realizados com o objetivo de demonstrar a importância da catarata como causa da deficiência visual e realizar uma intervenção que eliminasse a deficiência visual (DV). Essa intervenção utilizou metodologia de pesquisa operacional e ocorreu na mesma época na cidade de Campinas – Brasil e Chimbote – Peru, e foi chamado Projeto Zona Livre de Catarata. Os resultados apontaram que a catarata não operada era a causa de DV mais prevalente em pessoas com mais de 50 anos (ARIETA, 2002; KARA-JOSÉ et al., 1990).

Baseando-se no modelo dos Projetos de Zona Livre de Catarata o Ministério da Saúde/ Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a partir de 1999, implantou as Campanhas de Catarata em caráter nacional, com o envolvimento direto das secretarias de saúde estaduais e municipais, e dos serviços credenciados. Por meio de ações de triagem isoladas, identificam-se os indivíduos com DV por catarata, para posteriormente efetuar os procedimentos cirúrgicos nos casos indicados. O objetivo é aumentar a oferta de cirurgias de catarata, reduzir as filas de espera para a cirurgia e melhorar a qualidade de vida da população acima de 50 anos, reinserindo-a no convívio social e laborativo, e assim contribuir, efetivamente para a redução dos índices de cegueira junto à população de baixa renda. (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA - CBO, 2004).

Qualidade em serviços de Saúde

Qualidade é um termo ao qual se atribui valor subjetivo, e cuja definição pode ser muito variável, dependendo do interlocutor. Pelo senso comum, qualidade é definida como um atributo positivo de pessoa ou coisa. “Qualidade” pode ser considerada característica inerente, enquanto que “as qualidades” passam a ser os chamados atributos de conotação positiva ou de excelência. A discussão sobre qualidade em saúde se inicia na década de 60, seguindo uma grande discussão na área da indústria, iniciada por autores como Deming; Jurán e Ishikawa (MALIK, 1996).

Nas últimas décadas a busca por qualidade tem-se intensificado nos diferentes setores, quer seja na saúde, educação, economia, meio-ambiente, entre outros que prezam pela eficiência, eficácia, resolubilidade e prontidão de produtos e serviços, com o objetivo de oferecer satisfação e bem-estar ao público alvo.

A qualidade implica na combinação de diversos fatores, como a qualidade técnico-científica, qualidade na inter-relação e a satisfação do usuário (DONABEDIAN 1987). DONABEDIAN¹ (1966) sistematizou a avaliação da qualidade da atenção médica em estrutura, processo e resultado. Os estudos de estrutura têm como

¹ DONABEDIAN, A. *apud* REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F.; ACURCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade os serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, 6: 50-61, 1990.

referência o nível institucional e de atenção à saúde, enquanto que os estudos de processo e resultado tem como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população (REIS 1990). O estudo da estrutura compreende a esfera administrativa (incluindo recursos físicos e humanos) do serviço de saúde; a avaliação do processo está orientada para análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde; e a avaliação de resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978).

Descobrir erros e aceitá-los é importante para encontrar suas causas e corrigi-las. Estas falhas podem ser de caráter estrutural, como falhas de organização, suprimento, financiamento, direção ou competência técnica. As falhas de processo são menos freqüentes, mas todo tipo de falha tem consequência nos resultados (MALIK, 1996).

Segundo VUORI (1991), para os usuários, a qualidade do serviço, diz respeito à adequação e aceitação, enquanto a eficácia e eficiência são atributos da qualidade mais ligados aos interesses dos administradores, uma vez que envolvem custos, e o prestador está mais interessado na qualidade técnico-científica. DONABEDIAN (1981) considera que alcançar e produzir saúde e satisfação, como definida para seus membros individuais em determinada sociedade ou subcultura, é a principal validação da qualidade do cuidado médico oferecido. O termo qualidade em saúde tem uma abrangência muito grande, passando pela temática da Constituição Brasileira de 1988 que associa a definição de saúde à de qualidade de vida (MALIK, 1996).

Os estudos de avaliação dos serviços de saúde podem ser divididos em dois grupos (REIS, 1990):

- Estudos Corporativos Racionalizadores - que abrangem a auditoria médica, análises de custo, avaliação da eficácia e segurança da tecnologia médica.
- Estudos Antropossociais - estudo da acessibilidade e satisfação dos pacientes.

Existe um consenso atual considerando que a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, reservados aos profissionais de saúde, quanto subjetivos, considerando o usuário.

Na busca pelo aprimoramento constante na área da saúde as primeiras perguntas a serem respondidas devem ser o que está sendo produzido, para que e para quem. A qualidade sugere que se vá ao encontro dos usuários para saber quem eles são, o que acreditam e o que esperam (MALIK, 1996).

Quando se avalia a qualidade do desempenho de médicos e outros profissionais de saúde devem ser considerados 2 elementos: o técnico e o interpessoal. A qualidade técnica é proporcional à capacidade esperada de atingir melhoras no estado de saúde que a ciência e tecnologia médicas tornaram possível, e é proporcional à efetividade do cuidado médico, que é a fração realizada do que é possível obter. A importância da relação interpessoal é que é o meio pelo qual o paciente comunica a informação necessária para o diagnóstico e também as preferências necessárias para selecionar o método mais apropriado de cuidado. É o veículo para a implementação do cuidado técnico e do qual depende o seu sucesso. (DONABEDIAN, 1988).

Na relação interpessoal devem ser levados em consideração as expectativas e padrões individuais e sociais como privacidade, confidencialidade, preocupação, empatia, honestidade, tato, sensibilidade etc, que são as virtudes esperadas da relação interpessoal. Esta é geralmente ignorada nas avaliações de qualidade, pois não é uma informação facilmente acessível; não há critérios e padrões pré-estabelecidos para medidas dos atributos do processo interpessoal; e há muitas variações nas preferências e expectativas de pacientes individuais. (DONABEDIAN, 1988).

Estudos referentes à satisfação do usuário de serviços de saúde

A realização de pesquisas pelos serviços de saúde avaliando a satisfação do usuário através de mecanismos que obtenham informação dos pacientes é considerada uma maneira de monitorar, e melhorar, a qualidade do serviço oferecido (HART, 1995). A avaliação da satisfação do paciente como medida de qualidade do cuidado médico é

considerada uma importante medida de resultado e compreende várias dimensões, como humanidade, fornecimento de informações, qualidade geral, competência, burocracia, acesso, custo, facilidades, resultado, continuidade, atenção a problemas psicossociais (FITZPATRICK, 1991). Estes aspectos podem ser avaliados através da aplicação de um questionário.

FITZPATRICK (1984) coloca que há duas interpretações distintas para o significado de satisfação do paciente:

- Objeto de investigação é uma pressuposta atitude ou conjunto de atitudes do respondente diante do cuidado médico.
- Avaliação ou conjunto de avaliações do paciente do valor da intervenção médica no seu problema médico.

WARE (1983) classificou os componentes de satisfação em oito dimensões: atitude interpessoal; qualidade técnica do cuidado; conveniência/ acesso; finanças; eficácia/resultados do cuidado; continuidade do cuidado; ambiente físico; disponibilidade (presença de recursos médicos, suficientes instalações médicas e provedores). Vários aspectos do cuidado influenciam a satisfação em geral (SITZIA, 1997).

KLOETZEL (1998) considera que os parâmetros para avaliar a satisfação do paciente atendido em consultórios são: facilidade de acesso à consulta ; tempo dispendido na sala de espera ; cordialidade por parte da recepção; cordialidade do profissional; atenção dada às queixas; impressão do exame clínico; confiança despertada pelo médico; confiança na receita (ou procedimentos indicados); explicações do médico com respeito à doença; explicações quanto ao prognóstico; satisfação com o agendamento ; avaliação geral da consulta.

O conceito de satisfação é dependente de vários fatores: características dos usuários (sócio-demográficas, estado de saúde, expectativa quanto ao serviço); características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes); relacionamento usuário/profissionais; fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço) (JONES, 1993). Estes critérios geralmente são de provedores e não enfatizam as percepções leigas (WARE, 1983). É importante realização de medidas alternativas, pesquisas qualitativas, centradas no paciente.

Expectativas, características dos pacientes e determinantes psicossociais são consideradas determinantes de satisfação (SITZIA, 1997).

O modelo mais comum usado em estudos de satisfação é o chamado “modelo de discrepância” (FOX e STORMS, 1981; CARR-HILL, 1992; WILLIAMS, 1994), em que a concentração em áreas onde há expressão de insatisfação é considerada mais valiosa que obter consistência da expressão de satisfação. WILLIAMS (1994) argumenta que a expectativa do paciente é a chave para entender a expressão de insatisfação.

No modelo de discrepância a satisfação é totalmente relativa, definida pela discrepância percebida entre as expectativas do paciente e sua experiência atual. A insatisfação só é expressa quando um evento muito negativo ocorre, portanto a resposta positiva de um survey não pode ser interpretada como indicadora de que o cuidado foi “bom”, mas sim de que nada muito ruim ocorreu (SITZIA, 1997).

Um fator comum nos surveys de satisfação é que poucos pacientes expressam insatisfação ou são críticos do cuidado (ABRAMOWITZ, 1987; HOPTON 1993).

SITZIA (1997) considera que os estudos de satisfação têm um papel a desempenhar, mas devem fazer parte de uma revisão mais ampla da qualidade do serviço.

Desenvolvimento do Instrumento

O desenvolvimento de um questionário adequado à realidade da população estudada é importante para a validação dos resultados obtidos por sua aplicação. É necessário levar em consideração as características locais e sócio-culturais de uma população para que sua realidade seja refletida de maneira adequada.

O primeiro passo para a adequação de um instrumento de pesquisa é o estabelecimento de uma comunicação eficiente, por meio da identificação do repertório de conhecimentos e dos vocábulos comumente empregados pela comunidade (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995).

Se o objetivo da pesquisa é avaliar percepções sobre conceitos subjetivos como satisfação e qualidade do serviço, é essencial para que o instrumento seja compreendido e inclua aspectos considerados relevantes pelos sujeitos, que as respostas sejam coerentes com a realidade e os dados obtidos possam ser considerados válidos.

A importância que as pessoas conferem à sua visão e aos cuidados para protegê-la depende, em grande parte, de padrões socioeconômicos, de conhecimentos, hábitos e crenças aprendidos culturalmente. Estes fatores são determinantes de conduta individual e coletiva, e importantes para o fracasso ou sucesso de programas. Quando a solução de problemas oftalmológicos depende da conduta das pessoas, as dificuldades se tornam maiores, e as atividades educacionais assumem um papel preponderante nos programas (TEMPORINI 1991; TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 1995).

Os fatores psicossociais e culturais inerentes ao indivíduo, pelo fato de viver em sociedade, podem ser favoráveis ou limitantes à consecução de objetivos de programas preventivos de distúrbios oculares. Conhecimentos, crenças, atitudes e valores podem ser responsáveis por justificativas e motivações que levam à indiferença, à adoção ou à recusa de comportamento preventivo em relação à saúde ocular; fatores estes que podem ser dificultantes do acesso à assistência oftalmológica (TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 2004).

O conhecimento sobre o que os indivíduos sabem, acreditam, desejam, rejeitam ou valorizam em relação a aspectos de saúde ocular é importante para o planejamento de ações e esforços preventivos (TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 1995).

Avaliação de Qualidade de Serviços de Catarata

A avaliação da qualidade de um serviço de catarata deve considerar todos os componentes que contribuem para a qualidade da atenção oferecida, por critérios que avaliem os resultados: objetivos (testes funcionais); subjetivos (satisfação do paciente, qualidade de vida) e avaliação do modo que o serviço é oferecido (estrutura e processo) (DESAI, 1995; LLEDO et al., 1999).

A satisfação do paciente é considerada medida importante em qualquer procedimento cirúrgico, e pode ser considerada como uma medida quantitativa com as quais outras medidas de resultados podem ser comparadas (UUSITALO, 1999). A satisfação do paciente em relação ao serviço oferecido e ao procedimento realizado dependerá da melhora na função visual e na qualidade de vida percebida por este paciente, mais do que da melhora objetiva da acuidade visual (McCARTHY, 1999a; UUSITALO, 1999).

Satisfação de um paciente com um serviço abrange diversos aspectos da atenção oferecida. A avaliação de satisfação do paciente pode ser realizada através de aspectos relativos à estrutura do serviço ambulatorial e cirúrgico, como atenção, pontualidade, tempo de espera, deslocamento até o hospital, organização do atendimento, cuidado e competência de toda a equipe médica envolvida (médicos, enfermeiras, auxiliares, etc); aspectos relacionados especificamente ao atendimento médico; e da satisfação com o resultado cirúrgico e a melhora percebida na função visual e na qualidade de vida; além de saber se o resultado corresponde ou não às expectativas prévias à cirurgia (HAYNES et al., 2001).

A satisfação referida é uma medida subjetiva, que possui aspecto multidimensional (MONESTAM, 1999; SCHEIN, 1995) e não está relacionada somente à habilidade visual e à acuidade visual pós-cirúrgica. Por causa disso é necessária uma avaliação abrangendo outros fatores que podem influenciar a avaliação de qualidade da atenção médica recebida pelo paciente.

Após a cirurgia de catarata a grande parte dos pacientes tem uma melhora da acuidade visual, da função visual e da qualidade de vida, mas sua satisfação pode ser limitada por considerarem a qualidade da atenção médica recebida insatisfatória (NIJKAMP, 2000). Um problema dos estudos de satisfação é o grande número de pacientes satisfeitos, o que confere baixa sensibilidade aos métodos de avaliação (LEBOW, 1983). Uma forma de melhorar a sensibilidade do estudo é classificar satisfação em 3 dimensões: satisfação com a cura (resultado cirúrgico), satisfação com o atendimento (ambulatorial e cirúrgico), e satisfação geral (NIJKAMP, 2000).

A avaliação concomitante da acuidade visual, da qualidade de vida pré e pós-operatória, e a aplicação de um questionário que avalie as percepções dos pacientes sobre o atendimento recebido e a cirurgia de catarata, visa a obtenção de dados mais completos sobre a qualidade do serviço de catarata oferecido.

Qualidade de Vida e Catarata

Qualidade de vida é um conceito que está em reformulação desde a década de 60, e em crescente uso no mundo atual. Com raízes nas ciências sociais, filosofia e política é uma variável multidisciplinar e de múltiplas interfaces. Devido a tais características, na área da saúde, o conceito qualidade de vida aparece como sinônimo de bem-estar, além de condições de saúde e funcionamento, contribuindo para valorizar aspectos mais amplos do que aqueles relacionados a controle de sintomas, diminuição de mortalidade, ou aumento da expectativa de vida (OMS, 2002).

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "*qualidade de vida*" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (WHOQOL GROUP, 1998).

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) "saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de enfermidade". Integra-se a esta definição o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde. A OMS, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de diferentes populações, definiu qualidade de vida (QV) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Para avaliar QV, nos parâmetros dessa definição, o grupo WHOQOL organizou dois instrumentos, que diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, baseiam-se nos pressupostos de que *qualidade de vida* é um construto *subjetivo* (*percepção do indivíduo em questão*), *multidimensional* e composto por dimensões *positivas* (p.ex.mobilidade) e *negativas* (p.ex.dor).

Existem dois tipos de qualidade de vida, a relacionada à saúde e a não relacionada à saúde (SLEVIN et al., 1988; CRAMER e SPILKER, 1998)

Os 4 principais domínios de qualidade de vida são :

1. Estado físico e habilidades funcionais
2. Estado psicológico e bem-estar
3. Interações sociais
4. Status e fatores econômicos/vocacionais

Segundo CRAMER e SPILKER (1998) o apropriado é avaliar uma gama de domínios, mesmo quando as hipóteses são formuladas somente para algumas áreas. A QV pode ser estratificada em três níveis, dos quais o primeiro é o nível geral, composto pela satisfação geral com a vida e a percepção de bem-estar pessoal; o nível intermediário composto por domínios amplos, como físico, psicológico, econômico, espiritual e social; e o último nível, composto por vários componentes dos domínios mais amplos, que podem ser estudados separadamente.

As cirurgias de catarata têm como objetivo melhorar a acuidade visual e por meio disso melhorar a função visual (desempenho em atividades cotidianas dependentes da visão), o que supostamente implica em melhorar a qualidade de vida de forma global. (DESAI et al., 1996).

Um dos objetivos de estudar qualidade de vida em grandes populações de pacientes é saber quais tratamentos tem melhores efeitos e entender o encargo sócio-econômico e pessoal de diferentes doenças. A informação obtida pode ser usada pelo governo e outros administradores em saúde para alocar fundos para tratamentos que tem melhores resultados na QV (CRAMER e SPILKER, 1998).

Têm ocorrido importantes mudanças nas últimas décadas na avaliação e na decisão sobre procedimentos médicos, que se devem ao encarecimento dos gastos com saúde, sendo que o setor conta com recursos limitados. A medicina baseada em evidências

auxilia nas decisões envolvidas no planejamento em saúde, pois analisa o custo/benefício de procedimentos. O resultado dessas ações na qualidade de vida dos pacientes é um dos mais importantes dados considerados nas decisões a serem tomadas (LOWER, 2003).

Verificam-se também mudanças nas atitudes, dos médicos e dos pacientes, frente à saúde e à doença. O paciente surge como foco importante do cuidado médico, exigindo que os profissionais provejam a eficiência e a qualidade de sua assistência (LOWER, 2003). Por esse motivo também se torna importante a avaliação dos resultados do cuidado médico na perspectiva do paciente.

Devido a crescente importância da avaliação de resultados na perspectiva de pacientes, tais dados vêm sendo incluídos na avaliação de resultados de intervenções cirúrgicas. Enquanto medidas clínicas fornecem uma avaliação objetiva dos resultados de uma intervenção, medidas de resultados na perspectiva dos pacientes fornecem uma avaliação subjetiva, baseada na interpretação pelos sujeitos do impacto na intervenção na sua vida diária (DESAI et al., 1996).

A avaliação concomitante da qualidade de vida pré e pós-operatória, da acuidade visual, e a aplicação de um questionário que avalie as percepções dos pacientes sobre o atendimento recebido e a cirurgia de catarata, visa a obtenção de dados mais completos sobre a qualidade do serviço de catarata oferecido.

Por meio do presente estudo pretende-se avaliar o impacto da cirurgia de catarata na vida dos sujeitos, e monitorar a qualidade do serviço fornecido.

OBJETIVOS

1. Identificar as percepções de pacientes operados sobre o atendimento recebido, o tratamento de catarata e o seu resultado.
2. Verificar a qualidade do serviço de catarata do HC-Unicamp por meio de três diferentes medidas: percepções dos sujeitos quanto aos serviços recebidos; impacto da cirurgia de catarata na qualidade de vida e na função visual; acuidade visual.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Realizou-se um “survey” descritivo, do tipo transversal.

População

Foi determinada uma amostra não-probabilística de 150 pacientes, selecionados entre outubro de 2003 e maio de 2004.

A necessidade de distribuir a amostra ao longo de vários meses surgiu porque o HC-UNICAMP é um hospital escola, e as cirurgias são realizadas em sua maior parte por residentes de 2º e 3º anos, o que significa que no final do ano os residentes estão no final do treinamento e as cirurgias são mais rápidas, enquanto que nos primeiros meses do ano estão em início. Como a proposta deste estudo era uma avaliação de qualidade do serviço de catarata nas condições usuais de serviço, optamos por estender o tempo de estudo para minimizar o efeito do tempo de treinamento dos residentes na opinião dos pacientes em relação ao atendimento e ao tratamento.

Os sujeitos incluídos foram selecionados no momento do grupo de orientação pré-operatória, quando têm maior tempo disponível para entrevistas. Nos dias em que houve seleção de sujeitos para a pesquisa, todos os pacientes elegíveis foram incluídos, após concordar em participar do estudo.

Critérios de inclusão

- Diagnóstico de catarata senil em pelo menos um dos olhos.
- Indicação para cirurgia de catarata no primeiro olho, realizada no ambulatório de Oftalmologia do HC-UNICAMP.

Critérios de exclusão

- Cirurgias oculares anteriores.
- Outras doenças oculares associadas.
- Acuidade visual (AV) menor que 20/400 em pelo menos um dos olhos, por outras razões que não catarata.

Todos os participantes deste estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Neste termo, estão explicados os objetivos da pesquisa, e os procedimentos realizados, além de esclarecer ao paciente que não haveria prejuízo algum ao seu tratamento se desistisse de participar do estudo (Anexo 1). O termo e o projeto deste estudo, inscrito sob o número 530/2003, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM/UNICAMP).

Instrumentos

Questionário para estudo das percepções dos pacientes operados

O questionário utilizado para avaliar a satisfação dos pacientes foi inicialmente adaptado a partir de questionário sobre satisfação com o serviço de Oftalmologia do HC-Unicamp, desenvolvido e validado para pesquisa em usuários de todos os ambulatórios ¹.

Como muitos aspectos a serem estudados não estavam incluídos no questionário supracitado, foi elaborado um novo questionário. Realizou-se estudo exploratório para adequação de conceitos e linguagem (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995). O estudo exploratório consistiu de 8 entrevistas abertas, que foram transcritas e analisadas.

Para garantir confiabilidade e validade dos dados coletados na pesquisa os questionários foram submetidos a teste prévio com a finalidade de verificar a interpretação das questões e obter subsídios para aperfeiçoamento do mesmo.

O estudo exploratório foi uma forma de obter informação do Universo de respostas de modo a refletir verdadeiramente as características da realidade dos respondentes, com a finalidade de evitar que as predisposições não fundadas no repertório que se pretende conhecer influíssem nas percepções do pesquisador e conseqüentemente no instrumento de medida (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995). Uma das finalidades da pesquisa exploratória é corrigir o viés do pesquisador, e assim aumentar o grau de objetividade da própria pesquisa, tornando-a mais compatível com a realidade.

¹ OLIVEIRA, D. F. Comunicação pessoal, 2001

Conforme diretrizes metodológicas de PIOVESAN e TEMPORINI (1995), o pesquisador foi progressivamente ajustando sua percepção à percepção dos entrevistados, com o objetivo de controlar aspectos subjetivos das questões formuladas. O estudo exploratório permite aliar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente, ação que se realiza em complementaridade e possibilita ampliar a compreensão do fenômeno em estudo (MINAYO e SANCHES, 1993).

Após estudo exploratório e ampla revisão de literatura, foi elaborado questionário semi-estruturado. O questionário foi aplicado pela pesquisadora em 30 sujeitos em 5 etapas, cada etapa em 6 sujeitos. Em cada etapa foram realizadas modificações, em função de dificuldades de compreensão de linguagem e do formato das questões. Todos os sujeitos possuíam características semelhantes às da população alvo e foram excluídos da amostra final.

Chegou-se a uma versão do questionário considerada satisfatória, por não apresentar aparentemente dificuldades de compreensão de conceitos e linguagem, e que atendia aos objetivos da pesquisa (Anexo 2). Esta versão foi aplicada como pré-teste em 15 usuários. Após este pré-teste foi definida versão definitiva do questionário.

As variáveis selecionadas para estudo foram:

- Sócio-demográficas: sexo; idade; procedência; escolaridade; ocupação; renda individual e familiar.
- Percepções: tempo desde primeira consulta no HC-Unicamp até a cirurgia (Questão 8); expectativa em relação ao tempo que esperou até a cirurgia (Questão 9); percepção de incômodo em relação ao tempo que esperou até a cirurgia (Questão 10); qualidade do atendimento na recepção (Questão 11); qualidade da acomodação -sala de espera (Questão 12); tempo de espera até a consulta médica (Questão 13); compreensão explicações fornecidas pela equipe médica sobre catarata e a cirurgia (Questão 14); conceito de catarata por parte do paciente (Questão 15); conhecimento sobre possibilidade de complicações per e pós-operatórias (Questão 16);

tratamento necessário no olho operado após a cirurgia (Questão 17); recebimento de informações na hora da cirurgia (Questões 18.1-18.4); percepção de dor durante a cirurgia (Questão 19); medo durante a cirurgia (Questão 20); visão de luzes durante a cirurgia (Questão); confiança no médico durante o procedimento cirúrgico (Questão 22); acontecimentos inesperados na cirurgia (Questão 23); recebimento de informações sobre seguimento pós-operatório (Questões 24.1-24.4); prescrição e uso de óculos no pós-operatório (Questões 25 e 25.1); percepção de respeito pelo médico (Questão 26); percepção de atenção pelo médico (27); (Questão 28); melhora da visão após a cirurgia (Questão 29); se operaria o outro olho neste hospital (Questão 30); recomendação do serviço a parentes e amigos (Questão 31); se falta algo para melhorar o atendimento e o tratamento (Questão 32).

Optamos por aplicar algumas questões em formato aberto (10.1, 15, 17,23.1, 28.1, 32.1), tabulando e categorizando as respostas posteriormente para análise.

Para controle da questão, como meio de saber a informação fornecida era fidedigna, formularam-se mais 3 questões (15,16 e 17), sendo que as questões 15 e 17 em formato aberto.

A questão 15 avalia o conhecimento do sujeito da pesquisa sobre o que é a catarata. Foi aplicada no formato aberto, e as respostas foram anotadas e posteriormente categorizadas.

Considerou-se como conhecimento correto a respeito da doença as respostas que informavam que a catarata ocorre dentro do olho e provoca embaçamento. As respostas que citavam somente embaçamento, mas não que a catarata é dentro do olho, foram classificadas como corretas, mas incompletas. As respostas que informavam que a catarata é algo que cobre o olho, ou outras informações erradas, foram consideradas incorretas.

As respostas forma muito variadas, mas foi necessário uniformizá-las para possibilitar a análise dos dados.

A questão 17 diz respeito ao conhecimento sobre o tratamento necessário no pós-operatório da cirurgia de catarata. Após análise, categorizamos as respostas em corretas e incorretas. As respostas corretas foram subdivididas: colírio, repouso e outros cuidados, colírio + repouso e outros cuidados. Consideramos respostas completas somente os que citaram a combinação de colírios mais outros cuidados.

As outras questões abertas são sub-itens, e foram formuladas quando se desejava que o paciente manifestasse uma opinião, sugestão ou detalhasse algum evento, informações essas que não poderiam ser previstas em lista de alternativas de respostas.

Medida de Qualidade de Vida

A avaliação de qualidade de vida foi realizada por meio do questionário Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25) (MANGIONE et al., 2001), traduzido para o português e adaptado para usuários do serviço de catarata do HC-UNICAMP por FERRAZ et al. (2002), apresentando índice de resposta satisfatória superior a 80% e boa reprodutibilidade.

O VFQ-25 (anexo 3) possui 25 questões, agrupados em 13 sub-domínios (quadro 1), com uma ou mais questões para cada sub-domínio. Para cada questão há 5 ou 6 possibilidades de resposta, sendo que para cada resposta obtém-se uma pontuação que varia de 0 a 100 (quadro). A pontuação final obtida é então dividida pelo número de questões respondidas, nas questões em que há 6 possibilidades de resposta, caso o paciente opte pela última opção (número 6) esta questão não será computada no escore total.

Obtém-se um escore para cada paciente, cujo valor mínimo é zero e o valor máximo é 100. Quanto maior o escore alcançado, melhor a qualidade de vida e função visual do paciente.

A diferença entre os índices do VFQ-25 pré e pós-operatório nos fornece o índice de melhora de qualidade de vida.

QUADRO 1- Sub-domínios do VFQ 25

SUB-DOMÍNIO	NÚMERO DE ÍTENS	QUESTÕES
Saúde geral	1	1
Visão	1	2
Dor ocular	2	4, 19
Atividades para perto	3	5, 6, 7
Atividades para longe	3	8, 9, 14
Aspectos sociais	2	11, 13
Saúde mental	4	3, 21, 22, 25
Atividades da vida diária	2	17, 18
Dependência	3	20, 23, 24
Capacidade para dirigir automóveis	2	15c, 16
Visão de cores	1	12
Visão periférica	1	10

Para que se pudesse obter um gradiente de QV, para comparar as diferenças pré e pós-operatórias, foi necessária a medida em 2 momentos: aplicação inicial no momento da seleção do paciente para o estudo, e aplicação final no período pós-operatório - pelo menos 3 meses e no máximo 6 meses após a cirurgia.

Procedimentos

Cirurgia de Catarata

Os pacientes foram submetidos à cirurgia de catarata, no Centro Cirúrgico Ambulatorial, conforme rotina do serviço. As técnicas utilizadas foram a extração extra-capsular (EECP) ou facoemulsificação, com colocação de lente intra-ocular (LIO), sob anestesia peribulbar, retrobulbar ou tópica.

Acuidade Visual

A acuidade visual (AV) foi medida por meio da leitura de optotipos (números) em tabela própria (ETDRS) (FERRIS et al., 1982,1993), atualmente considerada mais precisa que a tabela de Snellen e seus valores são expressos em valores do Logaritmo do mínimo ângulo de resolução (LogMAR). As medidas de AV foram tomadas com a correção utilizada pelo paciente, nas duas etapas do estudo.

Etapas do estudo

Este estudo foi realizado em 2 etapas:

- Avaliação inicial: seleção no dia do grupo de orientação, medida da AV, aplicação do VFQ 25.
- Avaliação pós-operatória: no mínimo 3 e no máximo 6 meses após a cirurgia, medida da AV, aplicação do VFQ 25, aplicação do questionário para estudo de percepções de pacientes operados de catarata.

Todas as avaliações deste estudo foram realizadas por entrevistadores treinados (a autora e mais duas acadêmicas) na aplicação dos questionários, sendo que a aplicação do questionário sobre percepções foi realizada somente pela pesquisadora principal (PN).

Quando as duas etapas foram concluídas, considerou-se a avaliação completa, e se somente a avaliação inicial foi realizada considerou-se a avaliação incompleta.

A coleta de dados para esse estudo se encerrou em setembro de 2004.

Os sujeitos da pesquisa foram convocados pelo Serviço Social do HC-Unicamp, por até 3 vezes, e se não compareciam para exame, era feito contato telefônico pela própria pesquisadora para agendar novo dia para pesquisa. Se após quatro tentativas de contato não houve meios de avaliar o paciente, a entrevista foi classificada como não realizada e o motivo foi anotado.

Os motivos para não comparecimento foram categorizados em:

- *Não foi operado até a data da entrevista*
- *Não compareceu por motivo de doença*
- *Não foi localizado*
- *Falecimento*
- *Outras causas*

Análise dos Resultados

Para análise estatística foi utilizado o programa “SPSS 11.5 for Windows”.

Questionário elaborado para este estudo

- Análise descritiva: frequências de todas as variáveis estudadas.

Acuidade Visual e VFQ-25

- Análise descritiva.
- Teste t pareado para comparação de médias pré e pós-operatórias.

O teste-t para amostras pareadas compara as médias de duas variáveis, por exemplo VFQ-25 (média) pré-operatório e VFQ (média) pós-operatório. Caso o teste seja significativo (p valor menor ou igual a 0,05), rejeitamos a hipótese de igualdade de médias entre as duas variáveis. As amostras são pareadas, isto é, os indivíduos da amostra são “medidos” nas duas variáveis (WASSERTHEIL-SMOLLER, 1995).

RESULTADOS

Características da amostra estudada

Dos 150 pacientes inicialmente avaliados, 105 compareceram para a segunda entrevista (tabela 1). Portanto não foi realizada a avaliação completa em 45 pessoas, que foram excluídos da análise final.

Tabela 1- Amostra estudada.

n=150		
Sujeitos	f	%
Somente avaliação inicial	45	30
Avaliação completa	105	70

As razões pelas quais não foi possível a realização da segunda etapa da pesquisa estão descritas na tabela 2. A principal razão foi a não localização do indivíduo selecionado.

Tabela 2- Razões pelas quais a segunda avaliação não foi realizada.

n=45		
Razão	f	%
Não foi operado até a data da entrevista	14	31,1
Não compareceu por motivo de doença	2	4,4
Não foi localizado	25	55,6
Falecimento	1	2,2
Outras causas	3	6,7

Características sócio-demográficas

A média de idade dos sujeitos da pesquisa foi 66.8 anos (dp=9,69), e 80% dos indivíduos tinham 60 anos ou mais (tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos indivíduos por sexo e idade.

Sexo	f	%
Masculino	40	38,1
Feminino	65	61,9

Idade	f	%
< 50 anos	6	5,7
50-59 anos	15	14,3
60-69 anos	37	35,2
70-79 anos	41	39,1
Mais de 80 anos	6	5,7

x= 66,8 sd=9,69 mediana=68 moda=70

Declararam até 4 anos de escolaridade 85,7% dos respondentes, e destes 30% nunca frequentou a escola.

A maior parte das pessoas entrevistadas (63,8%) declarou não trabalhar (tabela 4), e a ocupação principal declarada mais prevalente foi “aposentados”, seguida por “dona de casa”. Observou-se que 56,2% declarou não possuir renda individual e pessoal.

Tabela 4- Situação laboral e profissão.

n=105

Informação	f	%
Situação laboral declarada		
Sim	38	36,2
Não	67	63,8
Ocupação Principal		
Assalariado registrado	5	4,8
Assalariado sem registro	1	1,0
Autônomo regular	3	2,9
Trabalhos eventuais/ bico	11	10,5
Dona de casa	32	30,5
Aposentado	39	37,1
Vive de rendas	1	1,0
Desempregado	1	1,0
Outros	12	11,4

As ocupações foram classificadas de acordo com a divisão em população economicamente ativa (PEA) e não PEA.

Dos entrevistados, 56,2% declararam não ter renda individual própria ou não trabalhar.

Percepções dos pacientes operados

A tabela 5 mostra que a maioria dos sujeitos declarou ter esperado até 3 meses desde a primeira consulta no HC-UNICAMP até a cirurgia de catarata.

Tabela 5- tempo de espera declarado pelos paciente da primeira consulta no HC-Unicamp até a cirurgia.

n=104

Tempo	f	%
Menos de um mês	15	14,4
De 1 a 3 meses	38	36,5
Mais que 3 e até 6 meses	10	9,6
Mais de 6 meses	7	6,8
Não sabe / Não lembra	34	32,7

*1 pessoa não respondeu a esta questão

Quando perguntados se o tempo de espera até a cirurgia estava de acordo com suas expectativas, 87,6% dos entrevistados declararam que foi menor ou estava dentro de suas expectativas (tabela 6).

Tabela 6- Expectativa em relação ao tempo de espera até a cirurgia.

n=105

Tempo	f	%
Menos do que o esperado	59	56,2
Dentro do esperado	33	31,4
Mais do que o esperado	10	9,5
Não sabe	3	2,9

A maior parte dos entrevistados (84,6%) não manifestou percepção de descontentamento ou incômodo pelo tempo que aguardou até a cirurgia (tabela 7).

Tabela 7- Percepção de descontentamento pelo tempo que esperou até a cirurgia.

n=104*

Percepção	f	%
Sim	16	15,4
Não	88	84,6
Não lembra	----	----

*1 pessoa não respondeu a esta questão

O atendimento no balcão de recepção foi considerado bom pela maior parte dos sujeitos da pesquisa (92,4%) (tabela 8).

Tabela 8- Qualidade do atendimento no balcão de recepção do ambulatório de Oftalmologia.

n=105

Atendimento	f	%
Bom	97	92,4
Mais ou menos	6	5,7
Mau	1	1,0
Não sabe/ não lembra	1	1,0

O local de espera para atendimento foi considerado bom por 81% dos sujeitos (tabela 9).

Tabela 9- Percepção da qualidade local de espera para a consulta.

n=105

Percepção	f	%
Fiquei bem acomodado e o lugar era bom	85	81,0
Mais ou menos	18	17,1
Não fiquei bem acomodado, o lugar era ruim	2	1,9
Não sabe/ Não lembra	-----	-----

A maior parte dos pacientes acha que esperou tempo regular (47,6%) para ser consultado pelo médico no ambulatório (tabela 10) .

Tabela 10- Tempo de espera para a consulta.

n=105

Tempo	f	%
Muito	16	15,2
Mais ou menos	50	47,6
Pouco	39	37,1
Não sabe/ não lembra	----	----

Declararam entender as explicações fornecidas pela equipe sobre a doença (catarata) e a cirurgia 88,6% dos entrevistados (tabela11).

Tabela 11- Compreensão das explicações sobre o que é a catarata e como é a cirurgia.

n=105

Compreensão	f	%
Sim	78	74,3
Mais ou menos	15	14,3
Não	10	9,5
Não sabe/não lembra	2	1,9

A maior parte dos entrevistados (67,82%) não soube responder corretamente o que é catarata (tabela 12).

Tabela 12- Conhecimento sobre o que é a catarata.

n=87

Respostas	f	%
Corretas	15	17,24
Corretas, mas incompletas.	13	14,94
Incorretas	59	67,82

*18 sujeitos não responderam à pergunta

Declararam saber da possibilidade de complicações durante e depois da cirurgia 58,1% dos entrevistados (tabela 13).

Tabela 13- Conhecimento sobre possibilidade de complicação durante e após a cirurgia.

n=105

Conhecimento	f	%
Sim	61	58,1
Não	40	38,1
Não sabe/ não lembra	4	3,8

Somente 22,2% tenham informaram a realização concomitante do uso de colírios e outros cuidados após a cirurgia (tabela 14).

Tabela 14- Cuidados pós-operatórios.

n=99			
Respostas		f	%
Corretas	1-Colírio	45	45,5
	2-Repouso e outros cuidados	23	23,3
	3-1+2	22	22,2
Incorretas		9	9

*7 sujeitos não responderam a esta questão.

A tabela 15 demonstra que a maior parte dos pacientes refere não ter recebido a informação sobre a qual perguntamos.

Tabela 15- Informações fornecidas no momento da cirurgia.

n=105

Informação	f	%
Tempo de cirurgia		
Sim	44	41,9
Não	56	53,3
Não lembra	5	4,8
Panos sobre o rosto		
Sim	35	33,3
Não	67	63,8
Não lembra	3	2,9
Mais de um médico na sala de cirurgia		
Sim	20	19,0
Não	81	77,1
Não lembra	4	3,8
Possibilidade de dor durante a cirurgia		
Sim	29	27,6
Não	75	71,4
Não lembra	1	1,0

Relataram percepções de dor e desconforto durante a cirurgia de catarata 15,2% dos sujeitos. Medo durante a cirurgia foi declarado por 37,1% dos pacientes (tabela 16).

Tabela 16- Percepções de dor, desconforto e medo durante a cirurgia de catarata.

n=105

Percepções	f	%
Dor e desconforto		
Sentiu dor e desconforto	8	7,6
Sentiu dor, mas não desconforto	8	7,6
Nada sentiu	89	84,8
Não lembra	-----	-----
Grau de medo		
Muito	11	10,5
Pouco	28	26,7
Nenhum	66	62,8
Não lembra	----	----

Relataram perceber luzes durante a cirurgia 43,8% dos respondentes (tabela 17).

Tabela 17- Visão de luzes durante a cirurgia.

n=105

Visão luzes	f	%
Sim	46	43,8
Não	57	54,3
Não lembra	2	1,9

Declararam confiar no medico durante a cirurgia 99,0%, e destes 81,73% referiram muita confiança (tabela 18).

Tabela 18- Grau de confiança depositada no cirurgião durante a cirurgia.

n=105

Grau de confiança	f	%
Muita	85	81,0
Regular	19	18,1
Pouca	1	1,0
Nenhuma	----	----
Não lembra	----	----

Relataram acontecimentos inesperados na cirurgia 28,7% dos entrevistados (Tabela 19).

Tabela 19- Percepção de ocorrências inesperada no momento da cirurgia.

n=105

Percepção	f	%
Ocorreu e foi bom	11	10,6
Ocorreu e foi ruim	18	17,1
Nada ocorreu	75	71,4
Não lembra	1	0,9

A tabela 20 demonstra que 47,6% dos sujeitos declararam não terem sido informados sobre em quanto tempo sua visão ficaria boa depois da cirurgia, e que 73,3% declararam não terem sido informados sobre quantas vezes precisariam vir ao hospital até receber alta.

Tabela 20 - Informações recebidas sobre seguimento pós-operatório.

n=105

Informação	f	%
Tempo melhora visual		
Sim	48	45,7
Não	50	47,6
Não lembra	7	6,7
Consultas até a alta		
Sim	25	23,8
Não	77	73,3
Não lembra	3	2,9

Declararam terem sido informados da possível necessidade do uso de óculos após a cirurgia 62,9% dos entrevistados (tabela 21), e terem sido questionados sobre a possibilidade da compra de óculos no pós-operatório somente 12,4% (tabela 22).

Tabela 21- Informações fornecidas sobre possível necessidade do uso de óculos.

n=105

Necessidade uso de óculos	f	%
Sim	66	62,9
Não	38	36,2
Não lembra	1	1,0

Tabela 22 - Informações fornecidas sobre possibilidade da compra de óculos.

n=105

Possibilidade compra de óculos	f	%
Sim	13	12,4
Não	92	87,6
Não lembra	----	----

Relataram ter recebido prescrição de óculos no pós-operatório 65,7% dos pacientes (tabela 23), e destes 63,8% declararam estar usando o óculos prescrito no momento da cirurgia (tabela 24).

Tabela 23- Prescrição de óculos no pós-operatório.

n=105

Óculos prescrito	f	%
Sim	69	65,7
Não	36	34,3
Não lembra	----	----

Tabela 24- Uso de óculos no pós-operatório

n=69

Uso de óculos	f	%
Sim	44	63,8
Não	25	36,2

Todos os entrevistados declararam ter percebido respeito e atenção por parte do médico (tabela 25).

Tabela 25- Percepção de respeito e atenção por parte do médico.

n=104*

Percepção	f	%
Respeito		
Sim	104	100,0
Não	----	----
Não lembra	----	----
Atenção		
Sim	104	100
Não	----	----
Não lembra	----	----

*1 paciente não respondeu a esta questão

Declararam considerar atendida sua expectativa em relação ao resultado do tratamento 81,9% dos entrevistados (tabela 26).

Tabela 26- Atendimento da expectativa em relação ao resultado do tratamento.

n=105

Resultado	f	%
Sim	86	81,9
Não	19	18,1

Atribuíram notas maiores do que cinco ao resultado visual pós-operatório 86,5% dos entrevistados, e dessas notas 60,4% foram “10” (tabela 27).

Tabela 27- Nota atribuída ao resultado visual depois da cirurgia.

n=105

Nota	f	%
0	3	2,9
1	2	1,9
2	1	1,0
3	1	1,0
4	1	1,0
5	6	5,7
6	3	2,9
7	2	1,9
8	23	21,9
9	8	7,6
10	55	52,4

Todos os sujeitos entrevistados declararam que recomendariam o hospital a parentes e amigos se precisassem de cirurgia, e 95,2% operariam o outro olho neste hospital se houvesse indicação (tabela 28).

A questão final sobre se haveria necessidade de melhora no atendimento médico do serviço de catarata (incluindo a cirurgia) foi respondida afirmativamente por 12,4% dos sujeitos, 87,3% declararam não haver necessidade de melhora no serviço (tabela 29).

Tabela 28- Percepção sobre o atendimento recebido no hospital.

n=105

Percepção	f	%
Realização cirurgia no outro olho		
Sim	100	95,2
Não	5	3,8
Recomendação a amigos ou parentes		
Sim	105	100,0
Não	----	----

Tabela 29- Necessidade de melhora no atendimento do serviço de catarata.

n=105

Necessidade de melhora	f	%
Sim	13	12,4
Não	92	87,6
Total	105	100,0

Acuidade Visual

Tabela 30- AV média, em LogMAR, em olhos operados (OD/OE) e em ambos os olhos (AO), antes (pré) e após (pós) cirurgia de catarata.

n=104

AV (Log MAR)		Média	f	Desvio padrão	Erro padrão da média
OD	pré	1,15	68	0,48	0,06
	pós	0,47	68	0,40	0,05
OE	pré	1,24	37	0,52	0,9
	pós	0,47	37	0,35	0,06
AO	pré	0,71	105	0,37	0,04
	pós	0,38	105	0,22	0,02

Tabela 31- Diferença de AV média antes e após cirurgia para OD, OE e AO.

AV	t pareado	significância
OD	9,52	0,0000001
OE	8,21	0,0000001
AO	10,63	0,0000001

A tabela 31 mostra que houve diferença significativa entre a acuidade visual pré e pós-operatória nos olhos operados (OD t= 9,52 e OE t= 8,21), e na AV binocular (AO t= 10,63)

VFQ 25

Tabela 32- Índice VFQ 25 pré e pós-operatório.

Índice	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré	104	15,42	94,17	60,9177	18,67983
Pós	104	24,38	100,00	84,9959	12,16463

Houve um aumento da media dos escores do VFQ-25 depois da cirurgia (tabela 32), que pode ser evidenciado quando comparamos os gráficos 1 e 2.

Tabela 33- teste t para comparação de médias VFQ-25 pós e pré-operatório.

VFQ-25	t pareado	significância
Pós - Pré	12,632	0,0000001

A tabela 33 demonstra que houve diferença significativa entre as médias dos índices VFQ-25 pós-operatórios e pré-operatórios.

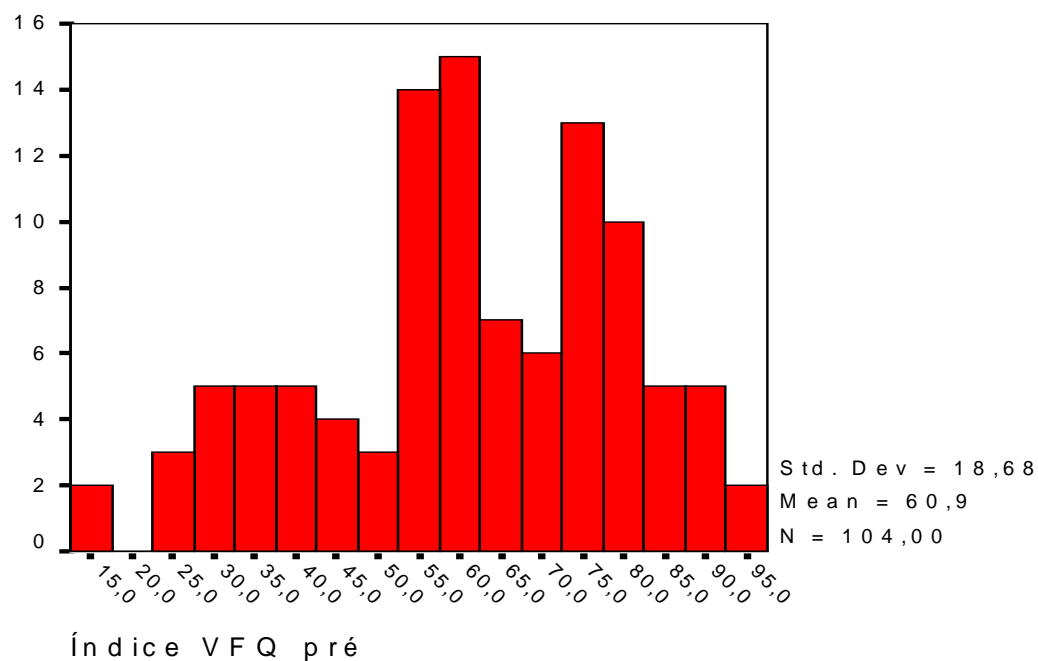


Gráfico 1- VFQ-25 Pré

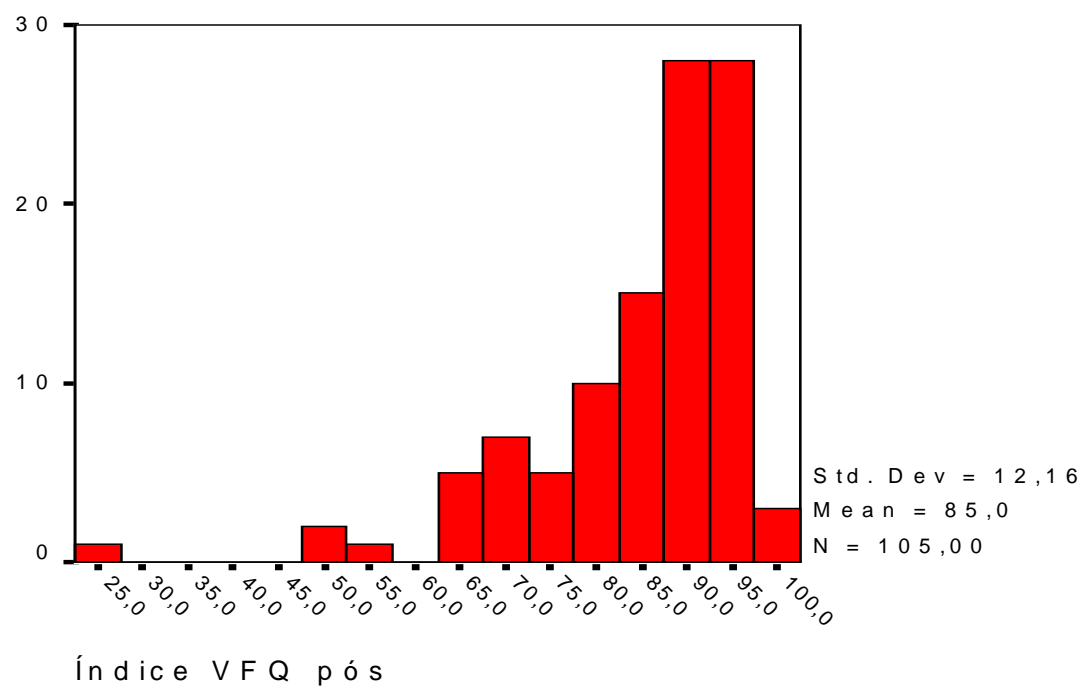


Gráfico 2- VFQ -25 pós

DISCUSSÃO

A realização de estudo exploratório, junto com a revisão de literatura e análise de outros instrumentos desenvolvidos, sobre satisfação de pacientes com serviços de saúde e outras percepções relativas ao processo de tratamento da catarata, foi importante para determinar os aspectos do cuidado médico considerados mais importantes pela população alvo. Esse fato valida os aspectos pesquisados no questionário desenvolvido para esse estudo, como já descrito em pesquisas anteriores (BAKER, 1990).

A média de idade dos indivíduos entrevistados, 66.8 anos (tabela 3), está de acordo com o esperado para uma amostra de indivíduos submetidos à cirurgia de catarata, pelo fato da catarata ser mais prevalente em indivíduos com mais de 50 anos (KLEIN et al., 1992; LESKE et al., 1997; TOBACMAN et al., 1998; McCARTHY et al., 1999b). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Brasil (LOWER 2003; KARA-JÚNIOR et al., 1996; VENTURA e BRANDT, 2004).

Diversos estudos demonstraram que a catarata é mais prevalente em mulheres, e que apesar da existência de fatores sócio-culturais que impedem o acesso de mulheres aos serviços cirúrgicos de catarata em regiões em desenvolvimento, o número de mulheres submetidas à cirurgia de catarata é maior que o de homens (LEWALLEN e COURTRIGHT, 2002), o que é compatível com os resultados encontrados (tabela 3). Verificou-se, em população de indivíduos hispânicos nos Estados Unidos, que a catarata, como causa de baixa visão e cegueira, era mais comum em mulheres do que em homens (RODRÍGUEZ et al. 2002). Foi encontrada uma predominância de mulheres entre indivíduos previamente submetidos à cirurgia de catarata, em outros países (BRENNER et al., 1993; LUNDSTRÖM e ALBRECHT, 2003; KLEIN et al., 2002; MURTHY et al. 2001), e no Brasil (VENTURA e BRANDT, 2004).

Os baixos níveis de educação e renda (tabela 4) são compatíveis com o perfil de uma população atendida em um hospital universitário, onde a assistência oferecida é gratuita. Apesar de não haver custos diretamente ligados ao atendimento médico, existe uma série de custos indiretos, como deslocamento, alimentação, perda de dias de trabalho pelo acompanhante etc, que representam ônus para o paciente e podem constituir uma barreira que impede o seu tratamento (KARA-JOSÉ et al., 1996; KARA- JÚNIOR et al., 1996; TEMPORINI et al., 1997; KARA-JOSÉ e TEMPORINI, 1999).

Existe um intervalo entre a consulta oftalmológica e a cirurgia de catarata, por que há necessidade do paciente submeter-se a exames laboratoriais e uma avaliação pelo clínico geral previamente à cirurgia (KARA-JOSÉ et al., 1996).

O tempo de espera declarado foi considerado menor do que o esperado pela maior parte dos pacientes (56,2%) (tabelas 5 e 6). Pode-se admitir reduzido tempo de espera, resultado de trabalho de constante aprimoramento e otimização do atendimento do serviço de catarata do HC-UNICAMP (KARA-JOSÉ et al., 1996; ARIETA et al., 1999).

Muitos dos pacientes são selecionados por meio do Projeto Catarata, mutirão que se realiza aproximadamente a cada 3 meses, atendendo indivíduos de 50 anos ou mais, de Campinas e da região, que apresentem baixa de acuidade visual. O exame oftalmológico e a indicação cirúrgica são realizados no mesmo dia, os exames clínicos são realizados no posto de Saúde mais próximo da casa do paciente, e há necessidade de retornar uma vez ao hospital antes da cirurgia para o grupo de orientação pré-operatória e para marcação da cirurgia. Em alguns mutirões o grupo de orientação e a marcação cirúrgica são realizados no mesmo momento da triagem. (DELGADO e KARA-JOSÉ, 1996.)

Há, portanto, agilização do atendimento, o que diminui consideravelmente o tempo de espera para a cirurgia, e acarreta inexistência de filas de espera no referido serviço. No Brasil, antes da instituição do modelo do projeto catarata, as filas de espera eram de mais de 6 meses, e o número de cirurgias de catarata era muito pequeno (JOSÉ et al., 1990). Observa-se que este aspecto é um diferencial do Serviço de Catarata do HC- UNICAMP, pois em países desenvolvidos, como a Inglaterra, Escócia e Canadá, há listas de espera para cirurgia de catarata (THOMAS e DARVELL, 1991; SMITH, 1994; ROMANCHUCK et al., 2002; MINASSIAN et al., 1999). Pesquisa realizada na Inglaterra verificou que o tempo médio de espera era de 7,4 meses, e que 17% dos pacientes esperavam mais que 12 meses para realização da cirurgia (DESAI et al., 1999).

Nos últimos anos (ARIETA et al., 1999) observou-se aumento da capacidade cirúrgica para realização de cirurgias de catarata (ou do serviço de catarata do HC-UNICAMP), de tal maneira que ela é maior do que a demanda espontânea da população da região de Campinas. Uma pequena parcela dos indivíduos que necessitam de

cirurgia efetivamente procura o serviço cirúrgico de catarata, por causa da existência de inúmeras barreiras (KARA-JOSÉ et al., 1996). O Projeto Catarata facilita o atendimento dos indivíduos com catarata, a marcação e realização da cirurgia, o que permite que a capacidade instalada seja mais bem utilizada, resultando no aumento do número de cirurgias realizadas na região. Porém é necessário que haja interesse do paciente na realização da cirurgia de catarata, e disponibilidade de um acompanhante.

A frequência dos Projetos Catarata é ditada pela necessidade de captação de pacientes para preencher a capacidade instalada do serviço. Os resultados encontrados no presente estudo, relativos ao tempo de espera para a cirurgia, mostram que na percepção dos pacientes tal estratégia alcança seus objetivos.

A maior parte dos pacientes (84,6%) mostrou-se satisfeita quanto ao tempo de espera para que ocorra a cirurgia (tabela 7). Tendo em vista que o tempo de espera é aparentemente menor do que em outros serviços, considera-se que as percepções dos pacientes reforçam ser este um aspecto positivo do atendimento prestado.

Os dados da tabela 8 e 9 indicam maior proporção de respostas “bom” em relação a dois aspectos distintos do serviço: o atendimento na recepção (92,4%) e a estrutura física da sala de espera (81,0%). Pesquisa realizada no Serviço de Oftalmologia da UNICAMP em 2001 verificou que 92,3% dos entrevistados consideravam o atendimento prestado por funcionários na recepção bom ou ótimo, o que sugere uma manutenção da qualidade do atendimento. Em relação à sala de espera, 52,2% consideraram o local confortável¹. O percentual de respostas positivas pode ser resultado de real qualidade de atendimento e da estrutura física, ou de baixa expectativa da população estudada por não haver outros serviços disponíveis na comunidade, ou de suas características sócio-culturais, ou ainda para não causar má impressão ao entrevistador. Outros estudos evidenciaram o alto índice de satisfação de populações com características semelhantes referindo-se a serviços públicos de Oftalmologia de níveis secundário (GENTIL et al., 2003) e terciário (LOWER 2003).

¹ OLIVEIRA, D. F. Comunicação pessoal, 2004.

Observa-se que 47,6 % dos entrevistados consideraram regular e 15,2% consideraram muito longo o tempo de espera até a consulta médica (tabela 10). O tempo ideal de espera seria no máximo de quinze minutos no serviço privado², mas como o serviço de catarata tem grande número de atendimentos e de procedimentos, muitas vezes não é possível garantir o atendimento no horário agendado. Acresce-se o fato de que os atendimentos de pós-operatório são adicionados na rotina habitual de atendimento dos médicos do Serviço de Oftalmologia, dificultando a pontualidade. HOPTON et al. (1993) ressaltaram a insatisfação referida com o tempo de espera até a consulta médica, por pacientes que responderam a um questionário sobre satisfação com o serviço. O tempo de espera é considerado queixa comum entre os pacientes (JONES et al., 1993). Podemos inferir que a maior parte dos respondentes mostrou-se insatisfeito com esse aspecto do atendimento, pois na ausência de expressões de insatisfação os pesquisadores são obrigados a comparar respostas positivas com respostas menos positivas (SAVAGE e ARMSTRONG, 1990), portanto também podem ser considerados insatisfeitos aqueles que responderam “mais ou menos” .

A maioria dos entrevistados referiu compreender as explicações fornecidas sobre o que é a catarata e como é a cirurgia (tabela 11), mas quando questionados em relação ao conteúdo das informações fornecidas pelos profissionais de saúde antes da cirurgia, a maior parte respondeu de maneira incorreta ou incompleta (tabelas 12,13,14). Em estudo realizado com pacientes com indicação de cirurgia de catarata, um dia após procedimento padrão de consentimento informado, verificou-se que 40% não lembravam de qualquer informação e 76% acreditavam não haver riscos na cirurgia de catarata (KISS et al., 2004). Levando-se em consideração o nível sócio-cultural e econômico da população atendida no HC-UNICAMP, e os resultados desse estudo, depreende-se que o nível de compreensão das informações fornecidas é insuficiente.

Todos os pacientes com indicação de cirurgia de catarata e seus acompanhantes são obrigados a comparecer a um grupo de orientação pré-operatória, quando são fornecidas as informações sobre o que é a catarata, como é a cirurgia e os cuidados antes, no dia e após a cirurgia. Nesse encontro é consentido aos paciente e acompanhantes fazer

² KARA-JOSÉ, N. Comunicação pessoal, 2004

perguntas e esclarecer dúvidas, além de receberem estas informações de forma escrita (CÁRNIO et al., 1995). Apesar de ser dada uma aula em grupo por pessoas experientes neste tipo de ação, os dados obtidos revelam dificuldade dos pacientes em reterem as informações fornecidas.

A satisfação com a quantidade de informações dadas pela equipe é considerada uma dimensão da satisfação com os cuidados à saúde (HALL e DORNAN, 1988), mas verifica-se uma distorção na população estudada, pois a percepção referida (compreensão das explicações) é contrária ao conhecimento efetivo sobre o que é a catarata, complicações cirúrgicas e cuidados pós-operatórios manifestado pelos pacientes, pois os entrevistados mostraram níveis variáveis de desconhecimento (tabelas 12,13 e 14).

Quando questionados sobre informações fornecidas no momento da cirurgia, houve maior proporção de respostas negativas para todos os itens (tabela 15). Isso também ocorreu com as informações relacionadas ao seguimento pós-operatório (tabela 20). Tal fato sugere a necessidade de adaptação das informações fornecidas no serviço, sendo indicado que se testem novas estratégias de transmissão de informação aos pacientes. A existência de limitações físicas e da idade avançada de muitos pacientes não deve impedir a aquisição de conhecimentos sobre sua saúde e sua doença, pois tal fato é importante para que se sintam envolvidos e participantes no processo terapêutico (CÁRNIO et al., 1995).

Uma proporção significativa dos entrevistados não relatou medo durante a cirurgia (62,9%), o que reflete grande confiança no serviço (tabela 16). Existem inúmeros fatores que podem influenciar a percepção de medo, como a compreensão insuficiente das informações fornecidas, a relação médico-paciente, educação do paciente, a espera, organização do hospital, suporte social, sensações, experiência prévia, resultado da cirurgia e estratégias de enfrentamento NIJKAMP et al. (2002b). O medo da cirurgia pode constituir uma barreira ao acesso de novos indivíduos que necessitem de cirurgia de catarata (KARA-JOSÉ et al., 1996).

A percepção de luzes durante a cirurgia por 43,8% dos pacientes (tabela 17), mesmo tendo sido submetidos à bloqueio retrobulbar, pode ser explicada pelo fato de que, mesmo sob efeito anestésico, há persistência de alguma função nervosa. Esta porcentagem

é menor que em outros estudos relatados na literatura (MURDOCH e SIZE, 1994; AU-EONG et al., 1999). Estudo realizado por AU EONG et al. (1999) em 100 pacientes submetidos à cirurgia de catarata sob bloqueio anestésico, verificou que 80% dos pacientes relatavam percepção de alguma luz durante a cirurgia, mesmo assim somente 5% relataram medo por causa da experiência visual. Os autores concluem que não há necessariamente uma falha anestésica quando há referência de percepção de luzes, portanto, esse fato pode não constituir falha técnica.

Um dos achados mais comuns de estudos de satisfação é o grande número de pacientes satisfeitos (LEBOW 1983). Por conta deste fato, optou-se por incluir percepções relacionadas não só à satisfação geral e outras dimensões, geralmente analisadas em estudos de satisfação (WARE 1983, FITZPATRICK 1991, KLOETZEL 1998), como também as percepções da própria experiência da cirurgia — dor, medo, acontecimentos inesperados (tabela 16, 17, 18 e 19); e a percepção do resultado do tratamento por meio de nota atribuída à melhora visual pós-operatória (tabela 27).

A maior proporção dos entrevistados (81,9%) declarou que o resultado do tratamento atendeu às suas expectativas (tabela 26). Estudo realizado em uma população similar verificou que grande parte dos respondentes (85,1%) manifestou um alto grau de confiança na cirurgia de catarata como uma maneira de resolver sua condição ocular, acreditando ser esta uma solução definitiva (TEMPORINI et al., 2002), o que denota uma crença na eficiência do procedimento.

A satisfação geral foi avaliada de maneira indireta, pesquisando-se se os entrevistados operariam o outro olho no HC-UNICAMP, se recomendariam o hospital a parentes e amigos e também verificando a percepção da necessidade de melhora do serviço médico oferecido. A preponderância de respostas positivas para as primeiras duas questões (95,2%,100%) e de respostas negativas para a última mostram alto grau de satisfação (tabela 28). VENTURA e BRANDT (2004) utilizaram recurso semelhante para avaliar o nível de satisfação de pacientes submetidos à cirurgia de catarata, em mutirões de catarata financiados pelo SUS, em hospital privado em Pernambuco, sendo que relataram que 97% dos entrevistados recomendariam a instituição, enquanto 94% repetiriam a experiência.

Em aspectos mais específicos, como tempo de espera da primeira consulta até a cirurgia, e percepção da qualidade das instalações (sala de espera), houve predominância de avaliação positiva. A maior parte das pesquisas de satisfação do usuário indica que poucos pacientes expressam opiniões negativas sobre alguma questão, e que pelo menos 80% dos respondentes expressam satisfação em relação a qualquer questão formulada (FITZPATRICK, 1991; LEBOW, 1983).

O tamanho amostral pode constituir uma limitação desse estudo, pois pode não ter sido grande o suficiente para amplificar as percepções negativas dos usuários. Por outro lado, a população estudada apresenta baixo nível sócio-econômico, e geralmente expectativas muito baixas, portanto a sensação de estar sendo cuidado, no centro regional de referência para cirurgia de catarata, pode eclipsar percepções negativas que surjam, pois são consideradas menores e descartadas, em face do benefício maior (cirurgia de catarata e reabilitação visual). Os usuários dos serviços públicos de saúde no Brasil são em sua maioria socialmente desfavorecidos, assim, qualquer ajuda, quando necessitam de assistência, além de ser percebida de forma positiva, constitui a única alternativa, uma vez que não têm condições de buscar outras instituições (SANTOS e LACERDA, 1999).

A concordância nas percepções positivas de atenção, cuidado, respeito e preocupação em relação às atitudes do médico (tabela 25), pode ser explicada pela influência de atitudes amigáveis e tranquilizadoras nas opiniões dos pacientes, e não somente pelas percepções de competência e capacidade técnica (BEN-SIRA, 1980).

Observa-se melhora estatisticamente significativa da AV média depois da cirurgia de catarata nos pacientes entrevistados (tabela 31). KLEIN et al. (1996), comparando pessoas submetidas ou não à cirurgia de catarata, em um intervalo de aproximadamente 5 anos, verificaram diferenças estatisticamente significativas entre AV antes e depois da cirurgia de catarata, com melhora na média da gradação de AV (LogMAR) após a cirurgia, independente do tipo de opacidade pré-operatória. Os indivíduos não submetidos à cirurgia apresentaram uma queda de 0,5 letras em OD e 0,7 letras em OE, no mesmo intervalo de tempo.

Houve uma melhora estatisticamente significativa nos índices do VFQ 25 após a cirurgia de catarata. Pode-se considerar que esta medida é compatível com outros estudos (BERNTH-PETERSEN, 1985; DESAI et al., 1996; JAVITT et al., 1993), que evidenciaram ganhos na qualidade de vida relacionada à visão e na função visual para a maior parte dos pacientes após cirurgia de catarata. Apesar dos estudos citados usarem instrumentos diferentes do VFQ-25, todos indicaram a influência da cirurgia de catarata na melhora da qualidade de vida e função visual.

BRENNER et al. (1993) evidenciaram a existência de uma relação diretamente proporcional entre mudanças na função visual e mudanças nas funções de qualidade de vida pesquisadas. A melhora da função visual foi acompanhada por melhora na função de QV pesquisada (dirigir durante o dia, dirigir durante a noite, atividades de casa, atividades comunitárias, saúde mental, satisfação com a vida), enquanto que a deterioração da função visual foi relacionada a uma piora das funções de QV. Uma melhora acentuada de QV foi encontrada nos sujeitos com função visual inicial mais baixa. A influência da mudança na função visual nas variáveis de QV foi menor quando a função visual inicial era elevada. Os mesmos autores verificaram mudanças mais acentuadas em pacientes submetidos à cirurgia de catarata quando comparados a outros pacientes oftalmológicos, e também que, quanto menor o nível de função visual inicial, maior a melhora subsequente na QV.

Considerando que a AV inicial binocular média foi baixa em nosso estudo (LogMAR=0,71) (tabela 30) e que houve uma melhora estatisticamente significativa no pós-operatório, era esperada a melhora verificada nos escores do VFQ-25 (tabela 32, gráfico 2), pois há um impacto maior na QV quando a AV inicial é baixa. Pode-se considerar que, na percepção dos pacientes entrevistados, houve um impacto positivo da cirurgia de catarata, e conseqüente restauração da função visual, em sua vida.

Observa-se que mesmo apresentando uma melhora significativa da AV, a maior parte dos sujeitos (58,1%) declara não usar correção óptica, o que significa que o potencial de melhora de AV e de QV é maior do que o verificado. Erros refrativos e catarata são as principais causas de baixa visão em idosos no Brasil, e foram a principal causa verificada de baixa acuidade visual nos indivíduos atendidos nos Projetos Catarata promovidos pela Unicamp de 1985-1996 (ARIETA et al., 2003).

É necessário reforçar a necessidade do uso de correção óptica junto aos pacientes, e conscientizar os provedores (médicos), que por melhores que sejam os resultados imediatos da cirurgia de catarata, a reabilitação visual não estará completa se não ocorrer o uso de correção óptica.

Avaliação dos resultados de longo prazo de cirurgias realizadas pelo projeto catarata na cidade de Taquaritinga -SP, mostrou que 75,7 % dos pacientes avaliados apresentaram AV menor ou igual a 20/100 (Snellen), tempo de seguimento de 26 meses. As principais causas detectadas de baixa visão foram erros refrativos (31.9%) e opacificação de cápsula posterior (17.0%). Após nova refração e capsulotomia quando necessário, a proporção de pacientes com AV menor ou igual a 20/100 caiu para 35,5% (DeSENNE et al., 2002).

DeSENNE et al. (2002) consideram que a ausência de seguimento pós-operatório tardio e de consultas oftalmológicas planejadas podem contribuir para o retorno do paciente a um estado de deficiência visual. Considera-se necessária a sistematização do seguimento de longo prazo dos pacientes para avaliação de possíveis mudanças refracionais, de opacificação de cápsula posterior e outras doenças oculares não relacionadas à catarata.

Em relação aos dados encontrados neste estudo, pode-se inferir que se não houver acompanhamento periódico desses indivíduos, em longo prazo existe a possibilidade de deterioração da AV, da QV, das percepções do resultado cirúrgico e do atendimento recebido, em relação ao que foi avaliado.

Nas condições deste estudo os resultados dos três tipos de medidas realizadas sugerem que o serviço de catarata do HC-UNICAMP é um serviço de boa qualidade, tanto quando se realiza uma medida mais objetiva (acuidade visual), como em medidas subjetivas (percepções relativas ao serviço oferecido e QV).

CONCLUSÕES

1. O questionário desenvolvido neste estudo foi válido para verificar percepções de indivíduos submetidos à cirurgia de catarata, na população analisada. As percepções relatadas enfatizaram aspectos positivos do atendimento recebido, do tratamento cirúrgico da catarata e seus resultados.
2. Os elementos avaliados sugerem boa qualidade percebida do serviço, e indicam um impacto positivo do tratamento efetuado (cirurgia de catarata) na vida dos sujeitos avaliados. Entretanto, vários pacientes declaram não usar a correção óptica prescrita, ficando aquém do seu potencial visual.

REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS

ABRAMOWITZ, S.; COTE, A. A.; BERRY, E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. **QRB Qual Rev Bull**, 13: 122-30, 1987.

ALVES, M.; KARA-JOSÉ, N. Catarata: um problema de saúde pública. In: Kara-José, N. et al (org). **Prevenção da Cegueira por Catarata**. Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p.11-8.

APPLE, D. J.; RAM, J.; FOSTER, A.; PENG, Q. Blindness in the world. **Survey Ophthalmol**, 45: S21-S31, 2000.

ARIETA, C. E. L.; KARA-JOSÉ, N.; MOREIRA-FILHO, D. C.; ALVES, M. R. Optimization of an university cataract-patient care service in Campinas, Brazil. **Ophthalmic Epidemiol**, 6: 113-22, 1999.

ARIETA, C. E. L. **Deficiência Visual devido a catarata e refração no Brasil**. Campinas, 2002. (Tese – Livre Docência –Universidade Estadual de Campinas).

ARIETA, C .E. L.; DELGADO, A. M. N.; KARA-JOSÉ, N.; TEMPORINI, E.R.; ALVES, M. R.; MOREIRA-FILHO, D. C. Refractive errors and cataract as causes of visual impairment in Brazil. **Ophthalmic Epidemiol**, 10: 15-22, 2003.

AU-EONG, K. G.; LEE, H. M.; LIM, A. T. H.; VOON, L. W.; YONG, V. S. H. Subjective visual experience during extracapsular extraction and intraocular lens implantation under retrobulbar anaesthesia. **Eye**, 13: 325-8, 1999.

BAKER, R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. **Br J Gen Practice**, 40: 487-90, 1990.

BEN-SIRA, Z. Affective and instrumental components in physician-patient relationship. **J Health Soc Behav**, 21:170-80, 1980.

BERNTH-PETERSEN, P. Cataract Surgery: outcome assessments and epidemiologic aspects. **Acta Ophthalmol Scand Suppl**, 174: 3-47, 1985.

BRENNER, H. C.; CURBOW, B.; JAVITT, J. C.; LEGRO, M. W.; SOMMER, A. Vision change and quality of life in the elderly: response to cataract surgery and treatment of other chronic ocular conditions. **Arch Ophthalmol**, 111: 680-5, 1993.

BRIAN, G.; TAYLOR, H. Cataract blindness: challenge for the 21st century. **Bull WHO**, 79: 249-56, 2001.

CÁRNIO, A. M.; CINTRA, F. A.; TONUSSI, J. A. G. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial – Relato de experiência. **R Bras Enferm**, 48: 39-45, 1995.

CARR-HILL, R. A. The measurement of patient satisfaction. **J Public Health Med**, 14: 236-49, 1992.

CHITKARA, D. K. Cataract Formation Mechanisms. In: YANOFF M., DUKER J. **Ophthalmology**. London: Mosby International, 1999. p. 481-8.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA – CBO, 2004. Campanhas sociais. Disponível em: http://www.cbo.com.br/cbo/campanhas_sociais.htm. Acesso em: 01 nov. 2004.

CRAMER J. A., SPILKER B. An Introduction. In: CRAMER J. A., SPILKER B. **Quality of life pharmacoeconomics**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998. p. 1-48.

DELGADO, A. M. N., KARA-JOSÉ, N. Projetos Comunitários em Oftalmologia. In: KARA-JOSÉ, N. et al (org). **Prevenção da Cegueira por Catarata**. Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p.55-70.

DESAI, P. Assessing ophthalmic services. **Eye**, 9:677-8,1995.

DESAI, P.; REIDY, A.; MINASSIAN, D. C.; VAFIDIS, G.; BOLGER, J. Gains from cataract surgery: visual function and quality of life. **Br J Ophthalmol**, 80: 868-73, 1996.

DESAI, P.; REIDY, A.; MINASSIAN, D.C. Profile of patients presenting for cataract surgery in the UK: national data collection. **Br J Ophthalmol**, 83: 893-896, 1999.

DeSENNE, F. M.; CARDILLO J. A.; ROCHA, E.M.; KARA-JOSÉ, N. Long-term visual outcomes in the Cataract-Free Zone Project in Brazil. **Acta Ophthalmol Scand**, 80: 262-66, 2002.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, 200: 856-64, 1978.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **Am J Public Health**, 71: 409-12, 1981.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How can it be assessed. **JAMA**, 260: 1743-48, 1988.

ELLWEIN, L. B.; KUPFER, C. Strategic issues in preventing blindness in developing countries. **Bull WHO**, 73: 681-90, 1995.

FERRAZ, E.V.A.P.; LIMA, C. A.; CELLA, W.; ARIETA, C. E. L. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. **Arq Bras Oftalmol**, 65: 293-8, 2002.

FERRIS, F. L. 3rd.; KASSOFF, A.; BRESNICK G.H.; BAILEY, I. New visual acuity charts for clinical research. **Am J Ophthalmol**, 94: 91-6, 1982.

FERRIS, F. L. 3rd.; FREIDLIN, V.; KASSOFF, A.; GREEN, S.B.; MILTON, R.C. Relative letter and position difficulty on visual acuity charts from the Early Treatment Diabetic Retinopathy Study. **Am J Ophthalmol**, 116: 735-40, 1993.

FITZPATRICK, R. Satisfaction with health care. In: FITZPATRICK, R. **The Experience of Illness**. London: Tavistock, 1984. p. 154-175.

FITZPATRICK, R. Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. **BMG, J Ophthalmol**, 32:887-9, 1991.

FOSTER, A.; JOHNSON, G. Blindness in the Developing World. **Br J Ophthalmol**, 77: 398-399, 1993.

FOX, J. G.; STORMS, D. M. A different approach to sociodemographics predictors of satisfaction with health care. **Soc Sci Med**, 15A: 557-564, 1981.

GENTIL, R. M.; LEAL, S. M. R.; SCARPI, M. J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. **Arq Bras Oftalmol**, 66: 159-65, 2003.

HALL, J. A.; DORNAN, M. C. What patients like about their medical care and how often are they being asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. **Soc Sci Med**, 27: 935-939, 1988.

HART, M. Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. **Journal of Advanced Nursing**, 24: 1234-1240, 1996.

HAYNES, R.; GALE, S.; MUGFORD, M.; DAVIES, P. Cataract surgery in a community hospital outreach clinic: patients' cost and satisfaction. **Soc Sci Med**, 53: 1631-1640, 2001.

HOPTON, J. L.; HOWIE, J. G. R.; PORTER, M. D. The need for another look at the patient in General Practice satisfaction surveys. **J Fam Pract**, 10: 82-87, 1993.

JAVITT, J. C.; BRENNER, M. H.; CURBOW, B.; LEGRO, M. W.; STREET, D. A. Outcomes of cataract surgery: Improvement in visual acuity and subjective visual function after surgery in the first, second and both eyes. **Arch Ophthalmol**, 111: 686-691, 1993.

JOHNSON, G.J.; FOSTER, A. Epidemiology of cataract. In: JOHNSON, G. J.; MINASSIAN, D. C.; WEALE, R. **The epidemiology of eye disease**. Chapman Hall, London, 1998. p. 7-30.

JONES, R. B.; CARNON, A. G.; WYLIE, H.; HEDLEY, A. J. How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? **Public Health**, 107: 235-241, 1993.

JOSÉ, N. K.; CONTRERAS, F.; CAMPOS, M. A.; DELGADO, A. M.; MOWERY, R. L.; ELLWEIN, L. B. Screening and surgical intervention results from cataract-free-zone projects in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. **Int Ophthalmol**, 14: 155-64, 1990.

KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C. E. L.; TEMPORINI E. R.; KANG, K. M.; AMBRÓSIO, L. E. Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente. **Arq Bras Oftalmol**, 59: 573-577, 1996.

KARA-JOSÉ, N.; TEMPORINI, E. R. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. **Rev Panam Salud Publica**, 6:242-8, 1999.

KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C. E. L. South American Programme: Brazil. **Comm Eye Health**, 13: 55-6, 2000.

KARA-JUNIOR, N.; SCHELLINI, S. A.; SILVA, M. R. B. M.; BUNI, L. F.; ALMEIDA, A. G. C. Projeto catarata – Qual a sua importância para a comunidade? **Arq Bras Oftalmol**, 59: 490-6, 1996.

KISS, C. G.; RICHTER-MUEKSCH, S.; STIFTER, E.; DIENDORFER-RADNER, G.; VELIKAY-PAREL, M.; RADNER, W. Informed consent and decision making by cataract patients. **Arch Ophthalmol**, 122: 94-8, 2004.

KLEIN, B.E.K.; KLEIN, R.; LINTON, K. L. P. Prevalence of age-related lens opacities in a population: The Beaver Dam Eye Study. **Ophthalmology**, 99: 546-52, 1992.

KLEIN, B.E.K.; KLEIN, R.; MOSS, S. E. Change in visual acuity associated with cataract surgery: The Beaver Dam Eye Study. **Ophthalmology**, 103: 1727-31, 1996.

KLEIN, B. E. K.; KLEIN, R.; LEE, K. E. Incidence of age related cataract over a 10-year interval: The Beaver Dam Eye Study. **Ophthalmology**, 109: 737-43, 2002.

KLOETZEL, K.; BERTONE, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. C.; SANTOS, R. N. Controle de Qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do Usuário. **Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro**, 14:623-8,1998.

LEBOW, J. L. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. **Eval Program Planning**; 6:211-236, 1983.

LESKE, M. C.; CONNELL, A. M.; WU S. Y.; HYMAN L.; SCHACHAT, A. Prevalence of lens opacities in the Barbados Eye Study. **Arch Ophthalmol**, 115: 105-11, 1997.

LEWALLEN, S.; COURTRIGHT, P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. **Bull WHO**, 80: 300-2, 2002.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med**, 16:577-82, 1982.

LLEDO, R.; RODRIGUEZ, T.; FONTENLA, J. R.; PITA, D.; PRAT, A.; ASENJO, M. Cataract Surgery: an analysis of patient satisfaction with medical care. **Int Ophthalmol**, 22: 227-32, 1999.

LOWER, L. M. T. **Recuperação da perda visual por catarata: percepção de pacientes em relação à influência da afecção ocular e do ato cirúrgico na qualidade de vida; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.** São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

LUNDSTRÖM, M.; ALBRECHT, S. Previous cataract surgery in a defined Swedish population. **J Cat Refract Surg**, 29: 50-6, 2003.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP**, 19: 7-24, 1996.

MANGIONE, C. M.; LEE, P.P.; GUTIERREZ P. R.; SPRITZER K.; BERRY S.; HAYS, R. D. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. **Arch Ophthalmol**, 119: 1050-8, 2001.

McCARTHY, C.; KEEFE, J. E.; TAYLOR, H. R. The need for cataract surgery: projections based on lens opacity, visual acuity and personal concern. **Br J Ophthalmol**, 83: 62-5, 1999a.

McCARTHY, C.; MUKESH, B. N.; CARA C. L.; TAYLOR, H. R. The Epidemiology of Cataract in Austrália. **Am J Ophthalmol**, 128:446-65, 1999b.

MINASSIAN, D. C.; REIDY, A.; DESAI, P.; FARROW, S.; VAFIDIS, G.; MINASSIAN, A. The deficit in cataract surgery in England and Wales and the escalating problem of visual impairment: epidemiological modeling of the population dynamics of cataract. **Br J Ophthalmol**, 84: 4-8, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Pública**, 9: 239-62, 1993.

MONESTAM, E., LILLEMOR, W. Dissatisfaction with cataract surgery in relation to visual results in a population based study in Sweden. **J Cataract and Refract Surg**, 25: 1127-34, 1999.

MURDOCH, I. E.; SIZE, P. Visual experience during cataract surgery. **Eye**, 8: 666-7, 1994.

MURTHY, G. V. S.; GUPTA, S.; ELLWEIN, L. B.; MUNOZ, S. R.; BACHANI, D.; DADA, V. K. A population-based eye survey of older adults in a rural district in Rajasthan – I. Central Vision Impairment, Blindness, and cataract surgery. **Ophthalmology**, 108: 679-85, 2001.

NELSON, C. W.; NEIDERBERGER, J. Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement. **Hospital & Health Services Administration**, 35:409-27, 1990.

NIJKAMP, M.D.; NUIJTS, R.M.; BORNE, B; WEBERS, C. A.; HORST, F. van der; HENDRIKSE, F. Determinants of patient satisfaction after cataract surgery in 3 settings. **J Cataract Refract Surg**, 26: 1379-88, 2000.

NIJKAMP, M. D.; SIXMA ,H. J. M.; HIDDEMA, F.; KOOPMANS, S. A.; BORNE, B. van den; HENDRIKSE, F.; NUIJTS, R. M. M. A. Quality of Care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-Cataract. **Br J Ophthalmol**, 86: 840-2, 2002a.

NIJKAMP, M. D.; RUITER, R. A.; ROELING, M.; BORNE, B. van den; HIDDEMA, F.; HENDRIKSE, F.; NUIJTS, R. M. Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery. **Patient Educ Couns**, 47:265-72, 2002b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Catarata. In: **OMS. Estrategias para la prevención de la ceguera en los programas nacionales**. 2º ed. OMS, Ginebra, 1997. p.71-7.

PARARAJASEGARAM, R. Vision 20/20 – the Right to Sight: from strategies to action. **Am J Ophthalmol**, 128: 359-60, 1999.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, 29: 318-25, 1995.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F.; ACURCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, 6: 50-61, 1990.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindness prevention programmes: past, present and future. **Bull WHO**, 79:222-6, 2001.

RESNIKOFF, S.; PASCOLINI, D.; ETYA'ALE, D.; KOCUR, I.; PARARAJASEGARAM, R.; POKHAREL, G. P. et al. Global Data on visual impairment in the year 2002. **Bull WHO**, 82: 844-850, 2004.

RODRÍGUEZ, J.; SANCHEZ, R.; MUNOZ, B.; WEST, S. K.; BROMAN, A.; SNYDER, R. W. et al. Causes of blindness and visual impairment in a population-based sample of U.S. hispanics. **Ophthalmology**, 109: 737-43, 2002.

ROMANCHUK, K. G.; SANMUGASUNDERAM, S.; HADORN, D. Developing cataract surgery priority criteria: results from the Western Canada Waiting List Project. **Can J Ophthalmol**, 37: 145-54, 2002.

SANTOS, S. R.; LACERDA, M. C. N. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. **Rev Bras Enf**, 52: 43-53, 1999.

SAVAGE, R.; ARMSTRONG, D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *Br Med J*, 301: 968-970.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc Sci Med**, 45: 1829-43, 1997.

SLEVIN, M. R.; PLANT, H.; LYNCH, D.; DRINKWATER, J.; GREGORY, W. M. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br J Cancer**, 57:109-12, 1988.

SMITH, T. Waiting times: monitoring the total postreferral wait. **Br Med J**, 309: 593-96, 1994.

TEMPORINI, E. R. Pesquisa de Oftalmologia em Saúde Pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftalmol**, 54: 279-81, 1991.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq Bras Oftalmol**, 58: 189-92, 1995.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arq Bras Oftalmol**, 67: 597-601, 2004.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; KARA-JOSÉ, N.J. Catarata senil: características e percepções de pacientes atendidos em projeto comunitário de reabilitação visual. **Arq Bras Oftalmol**, 60: 79- 83, 1997.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JUNIOR, N.; KARA-JOSÉ, N.; HOLZCHUH, N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. **Rev Saúde Pública**, 36: 343-9, 2002.

THOMAS, H. F.; DARVELL R .H. J. Audit of an ophthalmology waiting list. **Br J Ophthalmol** 75: 28-30, 1991.

THYLEFORS, B.; NEGREL, A. D.; PARARAJASEGARAM, R.; DADZIE, K. Y. Global data on blindness. **Bull WHO**, 73: 115-21, 1995.

- TOBACMAN, J.K.; ZIMMERMAN, B.; LEE, P.; HILBORNE, L.; KOLDER, H.; BROOK, R.H. Visual function impairments in relation to gender, age, and visual acuity in patients who undergo cataract surgery. **Ophthalmology**, 105: 1745-50, 1998.
- UUSITALO, R.J.; BRANS, T.; CAND, M.; PESSI, T.; TARKKANEN, A. Evaluating cataract surgery gains by assessing patients quality of life using the VF-7. **J Cataract and Refract Surg**, 1999, 25: 989-94.
- VENTURA, L.; BRANDT, C. T. Projeto mutirão de catarata em centro de referência oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício visual do usuário. **Arq Bras Oftalmol**, 67: 231-5, 2004.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Revista divulgação em saúde para debate**, 3:17-25, 1991.
- WARE, J. E. Jr.; SNYDER, M. K.; WRIGHT W. R; DAVIES A.R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Eval Program Plann**, 6: 247-63, 1983.
- WASSERTHEIL-SMOLLER, S. Mostly About Statistics. In: WASSERTHEIL-SMOLLER, S. **Biostatistics and Epidemiology: a primer for health professionals**. New York: Springer-Verlag, 1995. p. 27-84.
- WHO- World Health Organization. Blindness: Vision 20/20 – The Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Fact sheet nº 213, revised February, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs213/en/print.html> . Acesso em: 06 nov. 2004.
- WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley, J.; Kuyken, W. (editors). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer-Verlag, 1994. p.41-60.
- WHOQOL GROUP, Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental. **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)**, 1998. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Coordenação de Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, 17/9/1998. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1v>. Acesso em: 01 nov. 2004.
- WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc Sci Med**, 38: 509-16, 1994.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação da Qualidade do Serviço de Catarata do HC-Unicamp - Percepção dos Pacientes Operados.

Pesquisador responsável: **Priscila Novaes** **CRM 91987**

Orientador: **Prof. Dr. Newton Kara-José**

Co-orientador: **Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta**

Nome do paciente: _____

R.G. _____ H.C. _____

Endereço: _____

Justificativa e objetivos da pesquisa:

A obtenção de dados sobre a satisfação e qualidade de vida das pessoas submetidos à cirurgia de catarata é um indicativo do real impacto deste procedimento na vida dos pacientes, e indiretamente avalia a qualidade do serviço oferecido. Os objetivos deste estudo são avaliar a qualidade do serviço de catarata do ambulatório de Oftalmologia do HC-UNICAMP na perspectiva dos pacientes atendidos ,avaliar a qualidade de vida antes e depois da cirurgia de catarata, verificar se existe relação entre diferentes níveis de satisfação, qualidade de vida relacionada à visão e acuidade visual.

Procedimento a que o paciente será submetido:

Será aplicado um questionário de 25 questões fechadas sobre aspectos relativos à qualidade de vida e a função visual, antes da cirurgia de catarata e pelo menos 3 meses depois, por entrevistador treinado, em ambiente reservado. Será aplicado também um questionário com

questões referentes às percepções do paciente sobre o atendimento no ambulatório de oftalmologia e à cirurgia de catarata. A medida da visão (acuidade visual) será realizada com uma tabela própria para isso, e exige somente a leitura pela pessoa testada.

As respostas serão analisadas e o resultado será utilizado somente para fins científicos, sendo que a identidade dos entrevistados será preservada.

Benefício esperado:

Nestas avaliações pretendemos obter uma medida do real impacto do procedimento realizado na vida dos pacientes, e avaliar a qualidade do cuidado médico oferecido. Sendo assim, podemos obter subsídios para uso racional e objetivo dos limitados recursos humanos e materiais disponíveis para o cuidado à saúde.

Observações:

1. Caso o paciente não deseje participar deste estudo, por qualquer que seja o motivo, será garantido ao mesmo o atendimento neste serviço sem quaisquer restrições.
2. Todas as informações serão de caráter impessoal, preservando a privacidade do paciente.
3. Telefone para eventuais dúvidas sobre este estudo: (0xx19) 3788-7936.
4. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa para Reclamações: (0xx19) 3788-8936.

Campinas, ____/ ____/ 200

Paciente

Entrevistador

Data ____/____/2004

Percepções de pacientes operados em relação ao atendimento do Setor de Catarata - Serviço de Oftalmologia do HC-Unicamp - 2004.

Pesquisadora: Priscila Novaes

Nome: _____

HC: _____

PO _____ dias

1.Sexo:

- 1. masculino**
- 2. feminino**

2.Quantos anos o sr.(a) tem? _____ anos

3.Em qual cidade o Sr.(a) mora? Em que Estado fica essa cidade?

(cidade)_____

(Estado)

.AC

.AM

CE

.....

4. Até que série o Sr.(a) estudou ?

0 Nunca estudou

1º grau: (ou equivalente)

1 1ª série

2 2ª série

3 3ª série

4 4ª série

5 5ª série

6 6ª série

7 7ª série

8 8ª série

2o grau (ou equivalente)

9 1ª série

10 2ª série

11 3ª série

3o grau (faculdade/ especialização)

12 incompleto

13 completo

5. Atualmente, o Sr.(a) trabalha?

1.Sim

2.Não

5.1 Se Sim: Qual é a sua ocupação principal?

(IDENTIFICAR A SITUAÇÃO EM **PEA**). ,Se não IDENTIFICAR A SITUAÇÃO EM **NÃO PEA**)

PEA

- 1 Assalariado registrado
- 2 Assalariado sem registro
- 3 Funcionário Público
- 4 Autônomo regular (Paga ISS)
- 5 Profissional Liberal (Autônomo Universitário)
- 6 Empresário
- 7 Trabalhos eventuais/Bico
- 8 Estagiário/aprendiz
- 9 Desempregado (Procura emprego)

Se NÃO: NÃO PEA

- 10 Dona de casa
- 11 Aposentado
- 12 Estudante
- 13 Vive de rendas
- 14 Desempregado (Não procura emprego)
- 15 Outros (**ANOTE**)
- 88 *Não se aplica*

6. Qual é a sua renda individual, isto é, quanto o Sr.(a) ganha por mês?

0 Sem renda

1 Até 1 salário mínimo

2 Até 2 salários mínimos

3 Até 5 salários mínimos

4 Até 10 salários mínimos

5 Mais de 10 salários mínimos

77 Não sabe

99 Não respondeu

7. O Sr.(a) sabe qual é a renda de toda sua família, ou seja, a soma de todos os salários das pessoas que vivem com o sr.(a)?

0 Sem renda

1 Até 1 salário mínimo

2 Até 2 salários mínimos

3 Até 5 salários mínimos

4 Até 10 salários mínimos

5 Mais de 10 salários mínimos

77 Não sabe

99 Não respondeu

8. O sr.(a) lembra quanto tempo se passou desde a primeira consulta no Ambulatório de Oftalmologia do H.C. Unicamp até a cirurgia de catarata?

1 Menos de um mês

2 De 1 a 3 meses

3 De 3 a 6 meses

4 Mais de 6 meses

77 *Não sabe/não lembra*

99 *Não respondeu*

9. Este tempo que o Sr.(a) esperou até a cirurgia foi: menos do que o esperado, dentro do esperado ou mais do que o esperado?

1 Menos do que o esperado

2 Dentro do esperado

3 Mais do que o esperado

77 *Não sabe*

99 *Não respondeu*

10. O Sr.(a) acha que este tempo que o Sr.(a) esperou até a cirurgia atrapalhou alguma coisa na sua vida?

1 Sim *vá para 10.1*

2 Não

77 *Não sabe*

99 *Não respondeu*

10.1 ECA, o quê?

88 *Não se aplica*

Pensando em todas as consultas em que o sr.(a) veio aqui na Oftalmologia, responda:
(enunciado para as questões de 11 a 13)

11. Como o sr.(a) foi atendido no balcão da recepção?

1 Bem

2 Mais ou menos

3 Mal

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

(OBS:para o entrevistador => anotar se paciente responder ótimo/excelente ou péssimo)

12. O sr.(a) ficou bem acomodado quando esperou a consulta? O lugar de espera era bom ou ruim?

1 Fiquei bem acomodado e o lugar era bom.

2 Mais ou menos

3 Não fiquei bem acomodado, o lugar era ruim.

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

13. O sr.(a) acha que esperou muito ou pouco tempo para ser consultado pelo médico no ambulatório?

1 Muito tempo

2 Mais ou menos (também considerar se a resposta for “normal”, “razoável”)

3 Pouco tempo

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

14. O Sr.entendeu as explicações do médico e das pessoas da equipe sobre o que é a catarata e como é a cirurgia?

1 Sim

2 Mais ou menos

3 Não

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

15. O que é a catarata?

1. _____

77 Não sabe/ não lembra

16. Antes de fazer a cirurgia o sr.(a) sabia que podia ter alguma complicação (*problema*) na cirurgia e/ou depois dela?

1.sim

2.não

77 Não sabe/ não lembra

17. Qual o tratamento necessário no olho operado depois da cirurgia?

1. _____

77 não sabe/não lembra

18. Na hora da cirurgia alguém disse para o sr.:

	SIM (1)	NÃO (2)	Não se lembra (77)
1. Quanto tempo duraria a cirurgia?			
2. Que seriam colocados panos sobre seu rosto?			
3. Que poderia ter mais de um médico na sala de cirurgia?			
4. Que poderia sentir dor?			

19. O Sr.(a) sentiu dor durante a cirurgia? ECA: O sr. ficou incomodado?

1 Sim, e fiquei incomodado

2 Sim, mas não fiquei incomodado

3 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

20. O Sr.(a) sentiu medo durante a cirurgia?

1 Sim, muito medo

2 Sim, pouco medo

3 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

21. O Sr.(a) viu luzes durante a cirurgia?

1 Sim

2 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

22. O Sr.(a) sentiu confiança no médico enquanto ele operava o seu olho ? ECA: Quanto de confiança?

1 Sim, muita confiança

2 Sim, mais ou menos (também considerar se a resposta for “confiança”)

3 Sim, pouca confiança

4 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

23. Tem alguma coisa que o Sr.(a) não esperava que aconteceu na hora da cirurgia?

1 Sim

2 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

23.1.ECA, o quê?

88 Não se aplica

23.2.Isto foi bom ou ruim?

1 Bom

2 Ruim

88 Não se aplica

24. Depois da cirurgia alguém disse para o senhor (sra) :

	SIM (1)	NÃO (2)	Não se lembra (77)
1. Em quanto tempo sua visão ficaria boa?			
2. Quantas vezes precisaria vir ao hospital até receber alta?			
3. Que poderia ser necessário o uso de óculos?			
4. Alguém perguntou se o Sr(a) poderia comprar óculos, caso fossem receitados?			

25. Foi receitado óculos?

1 Sim

2 Não

77 Não se lembra

99 Não respondeu

25.1 ECA: O sr. está usando?

1 Sim

2 Não

88 Não se aplica

26. O sr se sentiu bem tratado, respeitado, pelo médico?

1 sim

2 Mais ou menos

3 não

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

27. O sr (sra.) sentiu que o médico foi atencioso, estava preocupado com o sr.(a) ?

1 **sim**

2 *Mais ou menos*

3 **não**

77 Não sabe/não lembra

99 Não respondeu

28. O resultado do tratamento foi como o sr esperava?

1 **Sim**

2 *Mais ou menos*

3 **Não** (*responder questão 28.1*)

99 Não respondeu

28.1 Se não, porquê? _____

88 Não se aplica

29. Quanto que o sr acha que melhorou sua visão depois da cirurgia? Dê uma nota de 0 a 10, por exemplo, 0 é ‘não melhorou nada’ ; e 10 é ‘melhorou 100%’ .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. O Sr.(a) operaria o outro olho neste hospital?

1 **Sim**

2 **Não**

99 Não respondeu

31. O Sr.(a) recomendaria a amigos ou parentes que operassem de catarata neste hospital?

1 **Sim**

2 **Não**

99 Não respondeu

32. Na sua opinião falta alguma coisa para melhorar o atendimento do serviço de Oftalmologia, (*incluindo a cirurgia de catarata*)? ECA: O quê?

1 Sim (*passar para 31.1*)

2 Não

99 *Não respondeu*

32.1 O quê falta:

88 *Não se aplica*

VFQ 25

Parte1- Situação geral e visão**1-Como você acha que está a sua saúde?**

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Ruim	5

2-Como você acha que está a sua visão(com óculos ou lente de contato, se usuário)?

Excelente	1
Boa	2
Regular	3
Ruim	4
Muito ruim	5
Completamente cego	6

3-Você tem se preocupado com sua visão?

Não	1
Um pouco	2
Algumas vezes	3
A maior parte do tempo	4
O tempo todo	5

4-Você tem sentido algum desconforto nos seus olhos(por ex: coceira, queimação, dor)?Sim ou não?

Esta dor ou desconforto é:

Não sinto	1
Fraca	2
Moderada	3
Severa	4
Muito severa	5

Parte 2- Dificuldade com atividades diárias**5-Você tem dificuldade para ler jornal, livro ou revista?**

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de ler por causa da visão	5
Deixou de ler por outros motivos, ou não se interessa por leitura	6

6-Você tem dificuldade para cozinhar , costurar ou ver coisas de perto?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3

Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

7-Por causa da sua visão, você tem dificuldade para achar coisas quando se encontram misturadas a outros objetos (talher, sapato, roupa)?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

8-Você tem dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

9-Você tem dificuldade para descer escadas?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

10-Você tem tido dificuldade para enxergar os objetos ao seu lado quando você está andando sozinho(anda tropeçando nas coisas)?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

11- Você tem dificuldade para conversar com os amigos ou parentes por causa da sua visão?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

12- Você tem dificuldade, por causa da visão, para diferenciar as cores?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

13- Você tem dificuldade, por causa da visão, para reunir-se com os amigos ou parentes em suas casas, em festas ou em reuniões? Não tenho dificuldade

	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de fazer devido à visão	5
Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

14- Você tem dificuldade, por causa da visão, para olhar as pessoas quando estão do outro lado da rua?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4

15- Você dirige, mesmo que de vez em quando?

SIM	1
(Vá para questão 15c)	
NÃO	2

15a – Você nunca dirigiu ou desistiu de dirigir?

NUNCA DIRIGIU	1
(Vá para questão 17)	
DESISTIU	2

15b- Se você desistiu, foi devido à visão, por outras razões ou as duas coisas ao mesmo tempo?

PRINCIPALMENTE PELA VISÃO	1
(Vá para questão 17)	
POR OUTROS MOTIVOS	2
(Vá para questão 17)	
PELA VISÃO E OUTROS MOTIVOS	3
(Vá para questão 17)	

15c- Você tem dificuldade para dirigir, durante o dia, em lugares conhecidos?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4

16- Você tem dificuldade para dirigir durante a noite?

Não tenho dificuldade	1
Pouca dificuldade	2
Dificuldade moderada	3
Muita dificuldade	4
Deixou de dirigir devido à visão	5
Deixou de dirigir por outros motivos, ou não se interessa por isso	6

Parte 3- Questões para problemas visuais

17- Você tem deixado de realizar coisas que gosta por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

18- Você se acha limitado para trabalhar ou realizar outras atividades por causa da visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

19- Você sente desconforto nos olhos ou em volta deles (por ex: queimação, coceira, dor) que faz você deixar de fazer coisas que gosta?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

20-Você fica muito tempo em casa por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

21-Você tem se sentido triste por causa da sua visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

22-Você tem sentido receio de fazer coisas que estava acostumado a fazer (cozinhar, lavar roupa, trabalhar com ferramentas, etc) por causa da visão?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

23-Você, por causa da visão, depende do que as outras pessoas falam?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

24-Por causa da sua visão, você tem precisado da ajuda dos outros?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

25-Por causa da sua visão, você tem tido receio de fazer as coisas com medo de passar vergonha, por exemplo, entrar no banheiro errado, não falar com pessoas conhecidas, urinar fora do sanitário, etc?

Sempre	1
A maioria das vezes	2
De vez em quando	3
Poucas vezes	4
Nunca	5

Cópia do artigo submetido para publicação na revista *Acta Ophthalmologica Scandinavica*.

DEVELOPMENT AND APPLICATION OF AN INSTRUMENT FOR MEASURING PERCEPTIONS OF PATIENTS SUBMITTED TO CATARACT SURGERY IN A UNIVERSITY HOSPITAL.

Priscila Novaes MD ¹

Edméa Rita Temporini PhD ²

Sônia Maria Chadi de Paula Arruda M.S. ³

Carlos Eduardo Leite Arieta MD ⁴

Newton Kara-José M.D. ⁵

1. Graduate Student, Discipline of Ophthalmology, College of Medical Sciences, State University of Campinas (FCM/UNICAMP).
2. Assistant Professor, Discipline of Ophthalmology, FCM/Unicamp.
3. Master in Education, Doctorate Student, Discipline of Ophthalmology, FCM/Unicamp.
4. Assistant Professor, Discipline of Ophthalmology, FCM/Unicamp.
5. Full Professor, Discipline of Ophthalmology, FCM/Unicamp and University of São Paulo (USP.)

ABSTRACT

Purpose: Describe the development and application of a measuring instrument for assessment of perceptions of patients submitted to cataract surgery. **Methods:** Cross-sectional survey, carried out from October 2003 to May 2004, including 105 subjects which had indication for cataract surgery in the first eye, no ocular co-morbidity or previous surgery. A questionnaire was developed and validated, by means of exploratory study and pre-testing. **Results:** 50.9% declared waiting for up to 3 months for surgery. Most of the subjects (87.6%) considered that this time was shorter or within their expectations, and didn't cause disturbances in their lives (84.6%). Regarding quality of service at the reception, 82.4% considered it was good; quality of the facilities (waiting room) was considered good by 81.0% of respondents; 47.6% perceived as regular the waiting time for doctor's appointment. Perceptions of pain and discomfort during cataract surgery were related by 15.2%, and fear during surgery was declared by 37.1% of patients. Most of the patients declared that the outcome of treatment fulfilled their expectations (81.9%). The most common grade attributed to the outcome of treatment was "10" . **Conclusion:** the developed questionnaire is valid for the assessment of analyzed population. The patients' perceptions assessed emphasize the positive aspects of the cataract surgical treatment, its results and of the process of care.

Key Words: cataract extraction; perceptions; quality assurance, health care; outcome assessment.

Introduction

Cataract is the most common cause of low vision and blindness worldwide, accounting for approximately 50% of the cases of blindness (Thylefors 1995, Johnson & Foster 1998, Apple et al. 2000). Approximately 85% of cataracts are classified as senile (Organización Mundial de la Salud -OMS 1997), so as life expectancy increases worldwide, so does the prevalence of cataract, and consequently cataract blindness (Johnson et al. 1998, Brian & Taylor 2001). More than 90% of all blind people live in developing countries, and more than two thirds of all blindness is avoidable (Thylefors 1998), including the one caused by cataract, that is curable. In Brazil cataract is the cause of 40 to 50% of the cases of blindness (Kara-José & Arieta, 2000). Apple et al. (2000) consider that the 3 major factors for the increase of the number of blind people worldwide are: increase in population, increase in life expectancy and inadequate eye care services.

As the prevalence of cataract is increasing and remains the most pressing current and future problem (Apple et al. 2000), the treatment must be available, accessible and affordable (Pararajasegaram 1999). The available surgical facilities and human resources must be efficiently implemented, with a rational and effective application of resources (Kara-José & Arieta 2000).

The continuous evaluation of quality of health services is necessary to obtain greater effectivity and resolutibility (Junqueira 1990). Quality assessment in health care was classified by Donabedian (1966) in structure, process and outcomes. Quality is a combination of many elements, such as technical performance, interpersonal relationship and satisfaction with care. The inclusion of elements of structure, process and outcome in a quality assessment is important for the supplementation of weakness in one approach by strength in another, and helps in the interpretation of findings (Donabedian, 1988)

Health care providers are urged to obtain patient feedback wherever possible in order to monitor and thus to improve service quality (Hart 1996). Assessment of patient's satisfaction is considered an important outcome measure, and includes several dimensions, such as: overall quality, humaneness, informativeness, competence, bureaucracy, access, cost, facilities, outcome, continuity, attention to psychosocial problems (Fitzpatrick 1991).

The concept of satisfaction depends on many characteristics: users (socio-demographics health status, expectations); professionals (personality, ability, attitudes); interpersonal relationships; environmental (structure, location and e access) (Jones et al. 1993).

For the assessment of patient's satisfaction within an outpatient and surgical setting many aspects related to structure can be investigated, such as caring/attentiveness, punctuality, waiting time, organization of care, attention and competence of all the medical staff involved (doctors, nurses, auxiliaries, etc); satisfaction with surgical outcome and perceived improvement in visual function and quality of life, besides correspondence between outcomes and previous (Uusitalo et al. 1999).

According to Spaeth (1989) a valid assessment of the quality of care demands an assessment of the competency with which the physician practices and the satisfaction of the patient.

The assessment of technical variables for evaluation of outcomes of cataract surgery, such as post-operative visual acuity and complication rates, tell little about the patients' practical benefits, for there may be incongruity between post-operative visual acuity and restoration of visual functioning (Bernth-Petersen 1985). Most patients benefit from an increase in visual acuity and visual function and an improvement in quality of life after cataract surgery, but their satisfaction with the outcome may be limited because of a lack of perceived quality of care (Nijkamp et al. 2000).

The assessment of a cataract service's quality must consider all components that contribute to the quality of the attention, using methods and criteria to assess the outcomes: objective (functional tests); subjective (patient satisfaction) and evaluation of the way care is provided (structure and process) (Desai 1995, Lledo et al. 1999).

The development of a questionnaire that evaluates perceptions of patients involving aspects of the process of care, surgery and visual results, aims to provide data on the quality of care provided in an outpatient unit, by evaluation of its subjective outcomes.

The purpose of this paper is to describe the development and application of a measuring instrument designed to assess the perceptions and satisfaction of the users of the cataract service of the Campinas State University Hospital (HC-Unicamp), Brazil.

Patients and Methods

Study and Population

A cross-sectional survey was carried out from October 2003 to May 2004, with a non-probabilistic sample of 105 subjects, selected from the patients examined at the Cataract service of the Department of Ophthalmology, HC-UNICAMP, Campinas, Brazil. The subjects were selected at the moment of the cataract surgery orientation group, which is a mandatory appointment for all patients with indication for cataract surgery.

The inclusion criteria were: indication for cataract surgery in the first eye, no previous ocular surgery; and the exclusion criteria: associated ocular co-morbidity, visual acuity less than 20/400 in the fellow eye for reasons other than cataract.

The subjects were selected at the moment of the pre-operative orientation group. Informed consent was obtained (in accordance with the Declaration of Helsinki –World Medical Association 2000) using forms approved by the Ethics Committee of the University of Campinas.

Development and validation of the questionnaire

The initial model for this study was a questionnaire constructed to assess satisfaction of users with the service of Ophthalmology, developed and validated for research with users of all sectors of the outpatient clinic (personal communication Dr. Denise Fornazari de Oliveira, 2003).

As the purpose of the study was to analyze perceptions of cataract patients, many aspects were lacking, so a new exploratory study was done, to generate new variables and to adapt concepts and language to the user's reality (Piovesan & Temporini 1995). Open interviews, following pre-established guidelines were done. Respondents were convinced to be as complete and thorough in their answers as they wished, so we could obtain as much information as possible. The respondents were cataract patients and patients already submitted to cataract surgery, they were encouraged to give an account of their experiences and their expectations regarding the treatment of cataract and its results. These interviews were taped and transcribed.

A semi-structured questionnaire was plotted, and tested in 30 subjects, all which had been submitted to cataract surgery at least one month before, in 5 stages, until no significant comprehension difficulties were detected. In each stage, modifications were done to the questionnaire.

A final version of the questionnaire containing 30 close-ended questions, and two-open ended questions, was pre-tested in 15 subjects. The pre-test was conducted to assess the questionnaires' response rates and validity.

All the participants had the same characteristics of the target population and were excluded from the final sample.

The final version of the questionnaire contains the following variables:

- Socio-demographic: sex, age, schooling, occupation, individual and family income.
- Perceptions: time from the first appointment at the hospital to the surgery; expectation regarding waiting time; quality of the care at the reception; quality of the facilities (waiting room); waiting time for the doctor's appointment; comprehension of explanations about cataract and surgery, given by the medical staff; information given during surgery; pain; fear; trust in the doctor; unexpected events during surgery; information given after surgery; respect and attention on the part of the doctor; fulfillment of expectation's concerning treatment's outcomes; fulfillment of expectations regarding post-operative improvement in vision; quantification (grading 0 to 10) post-operative improvement in vision; possibility of operating fellow eye in HC-UNICAMP; recommendation of service to relatives and friends; suggestions on improvement of care.

The questionnaire was applied at least 3 months and no more than 6 months after cataract surgery.

Descriptive statistical analysis was carried out, to assess frequencies.

Results

Socio-demographic characteristics

In our sample, the mean age was 66.8 years (sd =9.69), median 68.0, mode 70.0, and 80% had 60 years or more. Women corresponded to 61.9% of respondents, and most of the subjects declared being retired (30.5%) or housewives (37.1%), 56.2% of respondents declared no personal income. Most of the population declared up to 4 years of schooling (85.7%), and of these 30% never attended school.

Perceptions of patient's submitted to cataract surgery

Regarding perception of time from the first appointment at the hospital to the surgery, 50.9% declared waiting for up to 3 months for surgery, but 32.7% couldn't remember how long they waited for surgery. Most of the subjects (87.6%) considered that the waiting time for surgery was shorter or within their expectations, and that this time didn't cause disturbances in their lives (84.6%).

Regarding quality of service at the reception, 82.4% considered it was good; quality of the facilities (waiting room) was considered good by 81.0% of respondents; 47.6% perceived as regular the waiting time for doctor's appointment.

Even though 74.3% answered affirmatively when questioned about comprehension of medical explanations, when asked to detail these explanations in the 3 following questions (what is cataract/ possibility of complications/treatment after surgery) most answers were incorrect.

Perceptions of pain and discomfort during cataract surgery were related by 15.2%, and fear during surgery was declared by 37.1% of patients. Trust in the doctor during surgery was declared by 99.0%, much trust (81.0%) and regular trust (18.0%). Unexpected events during surgery were declared by 27.7 of the subjects.

When questioned about perceptions of attention, caring, respect and concern in relation to the doctor, 100% answered affirmatively.

Most of the patients declared that the outcome of treatment fulfilled their expectations (81.9%). The most common grade attributed to the outcome of treatment was “10” – 52.4%.

All the subjects (100. 0%) would recommend the hospital for relatives and friends if they needed surgery, and 95.2% of subjects would operate their fellow eyes in this hospital.

The final question, about the need of improvement in the medical care provided at the cataract service of HC-UNICAMP, was answered affirmatively by 12.4% of the subjects, 87.3% declared there is no need for improvement in the care provided.

Discussion

This sample was distributed in 7 months to avoid any bias due to the fact that HC-UNICAMP is a University Hospital, and the surgeries are mainly performed by residents of the second and third years. As the quality of the service was to be assessed in it's usual settings and conditions, the duration of the study was extended to minimize the effect of resident's training time in the results.

The process of pre-test assured construct's validity and reliability. Subjects showed good response rates, with adequate comprehension of the formulated questions and their alternatives.

One of the most common problems in satisfaction studies is the great number of satisfied patients (Lebow 1983), so the inclusion of perceptions related not only to overall satisfaction and traditional fields considered in satisfaction studies, such as perceptions of the experience of surgery itself and the opinion on the outcome of treatment, had the purpose of increasing the sensibility of the study.

Questions related to the three dimensions in which Nijkamp et al. (2000) consider that satisfaction can be classified were included. These dimensions are: satisfaction with cure (medical outcome), satisfaction with care given during hospital stay and follow-up in the outpatient clinic, and overall satisfaction.

Satisfaction with outcomes, manifested as outcomes fulfilling patients' expectations to a high degree, can be related to the fact that in a previous study in a similar population (Temporini et al. 2002) respondents manifested a high degree of confidence in cataract surgery as a way to solve their eye condition, believing it to be a definite solution (85.1%). No question directly assessing overall satisfaction was plotted, indirect assessment of overall satisfaction was done by asking patients whether they would operate their eyes again in the same hospital, recommend the service to friends, and the need for improvement in the care provided. The majority of positive answers for the first two questions (95.2%, 100.0%) and of negative answers to the latter show a high degree of overall satisfaction.

Even in specific aspects, such as waiting time for surgery and facilities, there is a predominance of positive answers. In this type of study, even though manifestations of regular or bad aspects of care are proportionally low, these must be looked at and analyzed. Most satisfaction surveys indicate only a few patients who express negative views about any particular issue, and at least 80% of respondents express satisfaction for any given question (Fitzpatrick 1991).

One limitation of this study may be the sample size, which may not have been large enough to amplify the negative perceptions. On the other hand, the studied population has few/none years of schooling and income, and usually very low expectations, so the feeling of being cared, at the local reference center in cataract surgery, may overwhelm any negative perceptions that arise, for they are considered minor and dismissed in face of a greater benefit (cataract surgery and visual rehabilitation). The users of public health services in Brazil are mainly socially disfavoured, as portrayed by the socio-demographic variables of this study, and any assistance, when needed, is usually the only available alternative (Santos & Lacerda, 1999).

It is important to emphasize the number of patients experiencing fear during surgery, 37.1%, which may be due to insufficient comprehension of the information given and other reasons, such as the doctor-patient relationship, patient education, the wait, hospital organization, social support, sensations, previous experience, outcome of surgery, and coping strategies (Nijkamp et al. 2002).

Agreement in positive perceptions about attention, caring, respect and concern in relation to the doctors' attitudes can be explained by the influence of perceptions of friendly and reassuring manners, and not solely by the patients' views about the technical skills and medical competence of their personal doctors (Sira 1980).

In summary, the developed questionnaire is valid for the assessment of perceptions of patients submitted to cataract surgery, in the analyzed population. The patients' perceptions assessed emphasize the positive aspects of the cataract surgical treatment, its results and of the process of care. Further research is needed to magnify the findings of this study and assure continuous improvement in the perceived quality of the cataract surgical service of HC-Unicamp.

References

Apple DJ, Ram J, Foster A, Peng Q (2000): Blindness in the world. *Survey Ophthalmol*, 45: S21-S31.

Bernth-Petersen P (1985): Cataract Surgery: Outcome Assessments and Epidemiologic Aspects. *Acta Ophthalmol Scand Suppl* 174: 3-47.

Brian G, Taylor H (2001): Cataract blindness – challenge for the 21st century. *Bull WHO*, 79: 249-256.

Desai P (1995): Assessing ophthalmic services. *Eye*, 9:677.

Donabedian A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*, 44:166-203.

Donabedian A (1988): The Quality of Care. How it can be Assessed? *JAMA*, 260: 1743-1748.

Fitzpatrick R (1991): Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. *Br J Ophthalmol*, 32:887-9.

Hart M (1996): Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1234-1240.

Johnson GJ, Foster A (1998) : Epidemiology of cataract. In: Johnson GJ, Minassian DC, Weale R. The epidemiology of eye disease. London. Chapman Hall: 7-30.

Jones RB, Carnon AG, Wylie H, Hedley AJ (1993). How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? Public Health, 107:235-241.

Junqueira LAP (1990): Gerência dos Serviços de Saúde. Cadernos de Saúde Pública - Rio de Janeiro, 6: 243-246.

Lebow, JL (1983): Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Eval Prog Planning, 6:211-236.

Lledo R, Rodriguez T, Fontenla JR et al (1999): Cataract Surgery: an analysis of patient satisfaction with medical care. Int Ophtalmol, 22: 227-32.

Nijkamp MD, Nuijts RM, Borne B, Webers CA, Horst F van der, Hendrikse F. Determinants of patient satisfaction after cataract surgery in 3 settings. J Cataract Refract Surg, 26: 1379-88, 2000.

Nijkamp MD, Ruiter RA, Roeling M, van den Borne B, Hiddema F, Hendrikse F, Nuijts RM (2002): Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery. Patient Educ Couns, 47:265-72.

Nijkamp MD, Sixma HJM, Hiddema F, Koopmans S A, Borne B, Hendrikse F, Nuijts R M M A (2002). Quality of Care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-Cataract. Br J Ophthalmol, 86: 840-842.

Pararajasegaram R (1999): Vision 20/20 – the Right to Sight: from strategies to action. Am J Ophthalmol, 128:359-60.

Piovesan A, Temporini ER (1995): Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública, 29: 318-25.

Santos SR, Lacerda MCN (1999): Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Rev Bras Enf*, 52: 43-53.

Sira ZB (1980): Affective and instrumental components in physician-patient relationship. *J Health Soc Behav* 21:170-80.

Spaeth GL (1989): Why measuring the quality of care, a vitally important task, is presently being done improperly. *Ophtalmic Surg*, 20:165-167.

Temporini, ER, Kara-Junior N, Kara-José N, Holzchuh N (2002). Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. *Rev Saúde Pública*, 36:343-9.

Thylefors, B (1998): A Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. *Am Journal Ophtalmol*, 125: 90-93.

Uusitalo RJ, Brans T, Cand M, Pessi T, Tarkkanen A (1999): Evaluating cataract surgery gains by assessing patients quality of life using the VF-7. *J Cataract and Refract Surg*, 25: 899-994.

World Medical Association –WMA (2000). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> (accessed in June 2003).

Comprovante de submissão do manuscrito (e-mail).

November 5th, 2004

Dear Dr. Priscila Novaes,

Thank you for submitting your manuscript:

AOS-04-11-0455

Original Article

DEVELOPMENT AND APPLICATION OF AN INSTRUMENT FOR MEASURING
PERCEPTIONS OF PATIENTS SUBMITTED TO CATARACT SURGERY IN A
UNIVERSITY HOSPITAL.

to Acta Ophthalmologica Scandinavica. As soon as the Editorial
Board has reached a decision, you will receive further notice.

Please, notice that if you send e-mails regarding this
manuscript to the Editorial Office, you should do so from your
Author Centre rather than from your personal e-mail account. The
mails will then be saved together with all other correspondence
on the manuscript.

Sincerely yours,

Ms. Cecilia Werne

Editorial Assistant

Acta Ophthalmologica